

Un programma strategico per il prossimo triennio 1

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Gli antipsicotici atipici nel trattamento integrato della Doppia Diagnosi: un confronto tra olanzapina e aloperidolo
A. Lunetta, D. Malagamba, M. Mollica 3

Utilizzo dei farmaci antiretrovirali nella popolazione tossicodipendente
Giorgio Barbarini 29

DOCUMENTI

Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le tossicodipendenze in una logica aziendale
Raffaele Lovaste 6

Memoria presentata da Roberta Balestra nell'audizione parlamentare del 12 gennaio 2005 su DDL Droga 27

Conferenza per un progetto delle Regioni sulla Dipendenza 34

RECENSIONI 24-28-43

FORMAZIONE

L'infermiere e l'ASV nel Servizio Dipendenze tra responsabilità, autonomia ed esecutività: parliamone!
Simonetta Di Meo, Annamaria Tonin, Alessandra Ramera 39

Eventi scientifici. Congresso tematico nazionale "Cocaina e poliabuso: la realtà italiana e gli scenari internazionali" - Palermo 30.11 - 2.12/2005 40

DALLE REGIONI 42-43

BUONE PRASSI NEI SERVIZI

Pronta Assistenza (PR.ASSI.)
Rosanna Giulio, Emanuele Bignamini 44

ORGANIZZAZIONE

Direttivo nazionale di FeDerSerD Milano, 17 marzo 2005 47

Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD Torino, 28 aprile 2005 48

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE



Un programma strategico per il prossimo triennio

Il numero 13 di "Mission" si apriva con la proclamazione dello stato di agitazione dei Servizi italiani: un allarme forte che i fatti confermano essere più che giustificato.

Nel recente Congresso di Roma della Federazione Regionale del Lazio l'on. Giuseppe Lumia ha tenuto un intervento importante nella tavola rotonda con i presidenti di FeDerSerD, FICT e CNCA e i rappresentanti delle istituzioni locali.

Ancora una volta riteniamo utile socializzare, riportandoli, alcuni passaggi.

Lumia ha ricordato come sia in atto nel welfare una progressiva riduzione delle risorse destinate agli interventi sociali e che ciò può portare il Paese ad essere sempre meno competitivo, come dimostrano le Nazioni che hanno operato in questo modo. In Italia la spesa per il welfare è già inferiore a quella degli altri paesi europei e bisognerebbe invece investire sulla coesione sociale e sulla partecipazione qualitativa. Migliorare, riformare e cambiare anche ove necessario il sistema di welfare sono esigenze riconosciute e condivisibili, ma nella situazione attuale del Paese ci aspetta una finanziaria che nella sua applicazione ridurrà ulteriormente quella percentuale dello 0,8% del bilancio sanitario destinato al settore delle dipendenze rispetto allo 1,5% che il sistema di intervento delle dipendenze chiede. E anche i Comuni e le Autonomie Locali continueranno a vedere diminuire le loro risorse.

Ma ci hanno colpito anche altre riflessioni: una ad esempio sui direttori generali della ASL "ormai un problema invece che una risorsa".

Professionisti spesso calati dall'esterno che riducono i meccanismi di fiducia interni. Bisogna valorizzare le risorse aziendali, i saperi e le culture aziendali e della realtà locale. Non vi sono forse capacità manageriali originali e tipiche? Basta compiacere alla politica, basta ridurre i servizi per far quadrare in tal modo i conti. Le Regioni inoltre devono cogliere che oltre una certa soglia di autonomia si attacca il diritto di cittadinanza. Vi è un punto di saturazione tra la riduzione dei servizi e il peggioramento



Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E
DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO IV, 2005 - N. 14

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Matteotti 72, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
Alessandro Coacci, Bernardo Grande,
Alfio Lucchini, Luciana Bacci,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea,
Guido Faillace, Claudio Leonardi,
Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori,
Gianna Sacchini, Giorgio Serio

Responsabile di Redazione

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717
missiondirezione@tiscali.it

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,
S. Giuliano Milanese (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 5 luglio 2005

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.000 copie



della qualità dell'intervento: oltre si minano i diritti di cittadinanza. Nello specifico del settore delle dipendenze bisogna sostenere i meccanismi di accreditamento dell'alta integrazione pubblico privato a livello di "indirizzo istituzionale". Serve un Progetto Obiettivo Nazionale di nuova generazione e se necessario, visto lo scempio che sta avvenendo a livello del personale, ridotto al 50% nelle dotazioni organiche, riprendere il filo legislativo dopo la legge 45, e non solo per il personale ma anche per la compiuta e virtuosa applicazione dei livelli essenziali di assistenza e della integrazione socio sanitaria dopo la 328.

Raramente si è vista una sala gremita, come quella del Congresso romano, attenta e convinta ad ascoltare un politico dopo tante ore di lavori scientifici.

E dello stesso tenore, nella preoccupazione del presente, erano stati gli interventi precedenti di Don Egidio Smacchia, che aveva richiamato a costruire decisamente nei fatti l'unità del sistema, di Lucio Babolin, che aveva ricordato la necessità di una politica nazionale stabile, come si sperava potesse essere garantita dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, di Alessandro Coacci che partendo dalle incredibili condizioni di lavoro in alcuni Ser.T. di Roma (si lavora nei container!) si era chiesto quale tendenza schizofrenica e suicida esprimesse un Paese che uccide servizi pubblici e privati non profit, mentre l'Europa li osserva come un esempio, ed i fenomeni di abuso e dipendenza tendono ad ampliarsi.

Sempre nelle giornate romane il direttivo nazionale di FeDerSerD ha potuto riflettere sull'andamento delle iniziative della Federazione e su alcuni importanti fatti avvenuti nel corso del Congresso che ha visto il nascere della Federazione Regionale del Lazio.

Vediamo con ordine: confermato il successo scientifico e partecipativo della iniziativa, paragonabile alle altre numerose di quest'anno a Faenza, Milano, Torino, Treviso, Napoli e Lecce. Una notevole varietà di temi trattati e di modalità e tecniche di formazione, segnali di una maturità della organizzazione nel cogliere le necessità dei colleghi, che sono in evoluzione e necessitano di continui aggiornamenti.

Ma a Roma è avvenuta una cosa inusuale per il nostro settore: una specie di "orgia mediatica" come qualcuno l'ha definita, con un interessamento dei media che ci ha portato ad essere presenti su tutti i network (televisivi e radiofonici) nazionali e su oltre 100 quotidiani, per limitarci a questo aspetto.

Ma che cosa è successo realmente? Non è nostra intenzione soffermarci qui sugli scoop, le parole ad effetto, l'interpretazione giornalistica dei dati, o alcune forzate correlazioni tra eventi, luoghi e dati epidemiologici. Questo fa parte del gioco e della tecnica giornalistica. Ad un mese di distanza dalle prime uscite giornalistiche, appaiono ancora su quotidiani nazionali, interviste che prendono spunto (attualizzandoli in un contesto cittadino o regionale) da argomenti posti alla attenzione in sede di conferenza stampa.

L'obiettivo di FeDerSerD era quello di riportare il ruolo dei servizi nella lotta all'abuso di sostanze al centro del dibattito, visto che sembra che a nessuno interessi granché. Il termine Ser.T. è apparso 6.236 volte sui media (TV, radio e quotidiani) in due giorni, la parola FeDerSerD 3.756 volte.

Il tema della comunicazione è delicato e difficile, ma ineludibile per chiunque voglia incidere sulle percezioni sociali, sulle rappresentazioni mediatiche e interagire con le forme istituzionali della politica.

Da alcuni anni ci arroveliamo per trovare la leva giusta per fare accedere i servizi alla visibilità dei media, e con un lavoro certosino ci stiamo riuscendo. Certo, far passare concetti complessi e interpretazioni meno semplificate non è facile, ma è a questo che miriamo.

Scelte così rilevanti impongono di ridescrivere la mission della Federazione in relazione a punti che possiamo considerare fondamentali per il consolidamento della nostra associazione.

Da qui la scelta del direttivo nazionale di costruire un documento di ampio respiro, sia ad uso interno sia per l'insieme del mondo professionale e politico istituzionale, con gli indirizzi e le finalità che la Federazione intende perseguire, e con quali strategie intende farlo.

Il documento ha pertanto una *valenza interna*: permettere al gruppo dirigente attuale di mettere a fuoco e condividere realmente processi che sino ad ora non sono stati sufficientemente partecipati, chiarendo le ragioni sostanziali della appartenenza e ponendo le basi per reali processi di valutazione del gruppo dirigente da parte degli associati ed una *valenza esterna*: presentazione globale e complessiva della Federazione, che renda interessante ed attraente per i professionisti del settore la partecipazione attiva alla storia della Federazione, che necessita non solo di allargare ulteriormente la base associativa, ma di qualificare la partecipazione.

La scelta dei punti fondamentali rappresenta i temi più rilevanti sui quali la Federazione si è espressa con documenti, posizioni, articoli, attività, o momenti di discussione: *modelli e processi di organizzazione dei servizi e dei dipartimenti; punti qualificanti e irrinunciabili del lavoro clinico; modelli di prevenzione e strategie di comunicazione; ricerca e formazione; rapporti con associazioni e organizzazioni del settore; rapporti con istituzioni; sviluppo e consolidamento della rete associativa; politiche di acquisizione di risorse.*

Un'altra scommessa che per essere vinta ha bisogno del contributo di tutti.

Gli antipsicotici atipici nel trattamento integrato della Doppia Diagnosi: un confronto tra olanzapina e aloperidolo

A. Lunetta, D. Malagamba, M. Mollica*

Introduzione

La complessità generale dei pazienti con “doppia diagnosi” è per molti aspetti evidente: inevitabili e intricate sono le reciproche influenze delle condizioni psicopatologiche emergenti e lo stesso processo diagnostico, da cui scaturiscono le opportunità della cura, è reso problematico, in modo peculiare, sia dal punto di vista dei tecnici delle dipendenze che da quello dei tecnici della psichiatria.

La “Doppia Diagnosi” non consiste infatti nella semplice concomitanza di una condizione tossicomane con un altro disturbo psichiatrico, ma nella complessa realtà di un selezionato gruppo di pazienti, quasi totalmente in carico al Ser.T., che per le sue caratteristiche di cronicità, elevato tasso di ospedalizzazioni, bassa compliance ai trattamenti, più elevato rischio suicidario o maggiore pericolosità sociale, costi maggiori a carico dei servizi sanitari, richiede nuove modalità di gestione, che non sembrano poter prescindere dalla presenza di équipe curanti in grado di trattare, nello stesso momento, sia la dipendenza che il disturbo psichiatrico.

Il criterio della gravità, soprattutto, costituisce dunque il criterio unificante di condizioni cliniche diverse, e la gravità va intesa come compromissione del funzionamento globale della persona.

L'esperienza di ricerca clinico-epidemiologica condotta nel corso del 2003 nel nostro ambito di lavoro, in sintonia con i dati condivisi della letteratura e con le valutazioni più recenti delle Società scientifiche italiane conferma la opportunità operativa di riservare la definizione di “doppia diagnosi” ai casi che, soddisfacendo i criteri proposti dal DSM, presentano una diagnosi propria di dipendenza e una diagnosi propria di altro disturbo psichiatrico, che si configurano ad un livello di gravità medio-alto.

La complessità della cura delle tossicomanie risulta peraltro ancora più problematica nel caso in cui si renda necessario un trattamento con antipsicotici: gli

effetti collaterali risultano infatti il primo fattore di non compliance tra i pazienti (Weiss *et al.* 1998).

Si deve inoltre tenere conto dell'apparente paradosso per cui molti tossicodipendenti rifiutano di “dipendere dagli psicofarmaci”, che non danno l’“high” ed implicano di dipendere dal medico e dalle strutture sanitarie. Nello studio che segue, reso possibile dalla sussistenza di relazioni di cura strutturate e quindi di un sufficiente livello di alleanza terapeutica, si prendono in considerazione anche trattamenti antipsicotici in stati non deliranti.

L'efficacia delle risposte conferma la probabilità di dimensioni psicopatologiche comuni sia alle psicosi, sia a quadri non psicotici, con compromissione parziale dell'insight.

Ricordiamo che le diverse condizioni psicopatologiche hanno un impatto differente sull'accesso alle sostanze d'abuso, sulle interazioni con esse e sulle dinamiche che conducono alle pratiche di autosomministrazione o di astensione.

I disturbi dell'umore di tipo bipolare, in particolare, possono presentare la stessa natura egosintonica e lo stesso meccanismo autoamplificante delle tossicomanie.

Ne consegue che la concomitanza dei quadri clinici può produrre un effetto catalizzante reciproco: da un lato, i disturbi dell'umore amplificano il rinforzo comportamentale indotto dalle sostanze d'abuso e, quindi, la probabilità di un uso continuativo; d'altro lato, l'esposizione cronica alle sostanze e l'acquisizione di una nuova “taratura” del sistema edonico sul livello dell'euforia, può costituire una ulteriore compromissione dell'equilibrio istintivo affettivo.

Obiettivo

Questo studio confronta gli esiti di un trattamento antipsicotico di sei mesi in due gruppi di pazienti con doppia diagnosi, afferenti a due Ser.T. genovesi, all'interno di un trattamento integrato; il primo gruppo di pazienti è stato trattato con olanzapina a dosaggi compresi tra 10 e 20 mg, il secondo gruppo è stato sottoposto a terapia a base di aloperidolo a dosaggi compresi tra 3 mg e 12 mg.

* Psichiatri, Dipartimento delle dipendenze e delle sostanze d'abuso, USL 3 Genovese.

Metodologia dello studio

Lo studio mette a confronto gli esiti di un trattamento antipsicotico a base di olanzapina (dosaggi compresi tra 10 e 20 mg) con gli esiti di un trattamento a base di aloperidolo (dosaggi compresi fra 3 e 12 mg) in due gruppi di venti pazienti, affetti da dipendenza da sostanze psicoattive (oppiacei o alcool o più sostanze) e una diagnosi in Asse I (Schizofrenia di tipo indifferenziato, Schizofrenia di tipo paranoide, Disturbo Bipolare di tipo 1, Disturbo delirante di tipo paranoide, Disturbo depressivo maggiore) e/o di Asse II.

Alcuni pazienti sono stati sottoposti ad un trattamento sostitutivo a base di metadone HCL (dosaggio massimo 140 mg) o di buprenorfina solfato (massimo = 8 mg) e con un dosaggio di olanzapina compreso tra 10 e 20 mg, per un periodo minimo di sei mesi.

La valutazione clinica dei pazienti è stata effettuata al tempo 0 e a tre e sei mesi utilizzando il colloquio psicodiagnostico secondo il DSM IV, valutazioni soggettive del craving, valutazioni dei cataboliti urinari e le seguenti scale: Corrigan Agitated Behaviour Scale, Clinical Global Impression e Brief Psychiatric Rating Scale. Tutti i pazienti sono stati inseriti in un unico programma per il trattamento dei diversi disturbi psichiatrici (il disturbo mentale aggiuntivo e il disturbo da dipendenza/abuso) e sono stati trattati dallo stesso curante. Inoltre la terapia psicofarmacologica è stata associata ad una psicoterapia supportiva.

Risultati

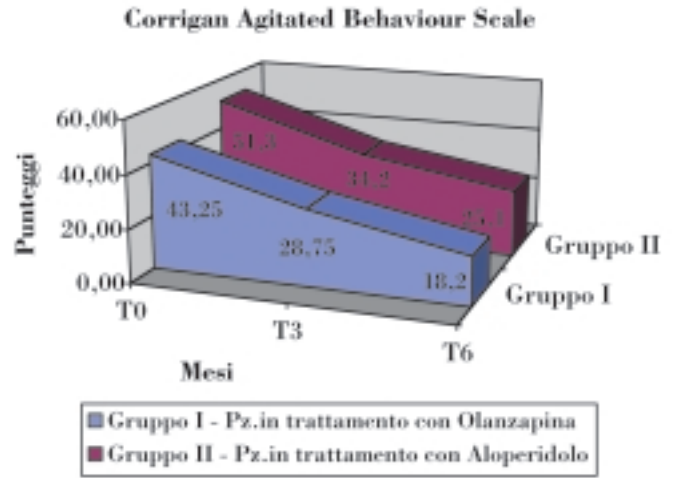
Per quanto riguarda il primo gruppo (19 M, 1 F), dei 20 soggetti esaminati nessuno ha sospeso la terapia con olanzapina, che è stata ben tollerata: non si sono evidenziati effetti avversi.

In 18 casi la terapia suddetta è stata integrata con benzodiazepine, stabilizzanti dell'umore e antidepressivi. In un caso, con diagnosi di dipendenza da alcool grave e disturbo d'ansia generalizzato, la monoterapia con olanzapina ha consentito la stabilizzazione del paziente necessaria per intraprendere un trattamento a base di disulfiram.

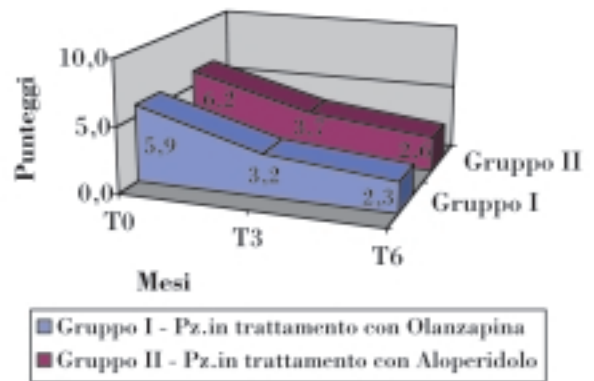
In due casi è stato possibile sottoporre i pazienti ad una monoterapia a base di olanzapina.

In 9 pazienti abbiamo assistito ad una remissione iniziale completa del disturbo da uso di sostanza.

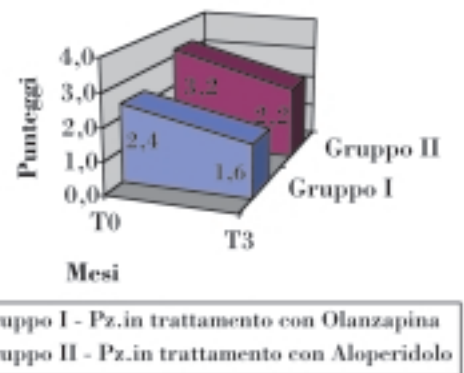
Nei restanti casi è stato verificato un miglioramento del craving soggettivo tra l'inizio e la fine del trattamento. Tutti i pazienti hanno mostrato un miglioramento già evidente a tre mesi e più esplicito a sei mesi alla BPRS (punteggio medio iniziale pari a 83.3, dopo tre mesi pari a 51.11 e a sei mesi pari a 35.2), alla CABS (punteggio medio iniziale 43.25, punteggio medio a T3



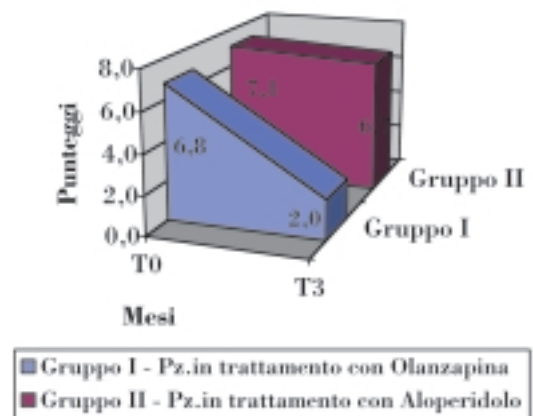
Clinical Global Impression (Gravità della Malattia)

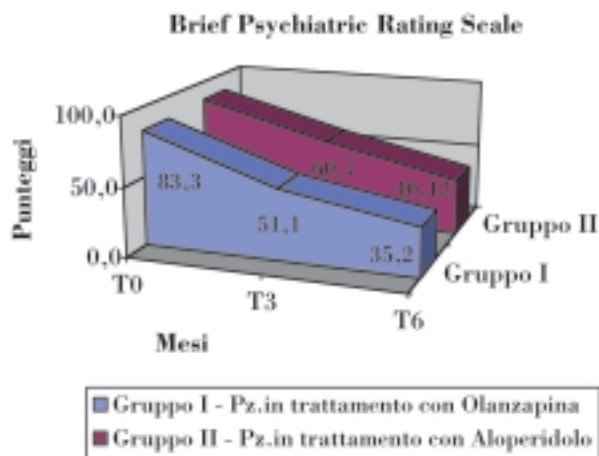


Clinical Global Impression (Miglioramento Globale)



Clinical Global Impression (Indice di Efficacia)





pari a 28.85, punteggio medio a T6 pari a 18.2), alla CGI rispetto alla gravità della malattia (punteggio medio iniziale pari a 5.9, punteggio intermedio pari a 3.2, punteggio finale pari a 2.3), rispetto al miglioramento globale (punteggio medio T3 pari a 2.4, punteggio finale T6 pari a 1.6), rispetto all'indice di efficacia (punteggio medio T3 pari a 6.8, punteggio medio finale T6 pari a 2).

Per quanto riguarda il secondo gruppo (18 M, 2 F), dei 20 pazienti esaminati 3 hanno abbandonato spontaneamente la terapia e il programma terapeutico; in due pazienti è stato fatto uno switch verso un neurolettico atipico per l'insorgenza di importanti effetti extrapiramidali non controllati da una terapia mirata.

In dodici casi sono stati associati stabilizzatori, benzodiazepine e antidepressivi.

In due casi è stato possibile sottoporre i pazienti ad una monoterapia a base di aloperidolo.

In tutti i casi si è verificato un miglioramento del craving soggettivo tra l'inizio e la fine del trattamento.

I 15 pazienti rimasti in trattamento hanno mostrato un miglioramento, già evidente a tre mesi e più esplicito a sei mesi alla BPRS (punteggio medio iniziale pari a 85.7, dopo tre mesi pari a 60.7 e a sei mesi pari a 40.12), alla CABS (punteggio medio iniziale 51.3, punteggio medio a T3 pari a 34.2, punteggio medio a T6 pari a 25.1), alla CGI rispetto alla gravità della malattia (punteggio medio iniziale pari a 6.2, punteggio intermedio T3 pari a 3.7, punteggio medio finale pari a 2.6), rispetto al miglioramento globale (punteggio medio T3 pari a 3.2, punteggio finale T6 pari a 2.2), rispetto all'indice di efficacia (punteggio medio T3 pari a 7.1, punteggio medio finale T6 pari a 6.7).

Conclusioni

Da questa breve esperienza preliminare è emerso che olanzapina e aloperidolo sono efficaci in modo sovrapponibile nel determinare una remissione del quadro

psicopatologico e tossicologico, all'interno di una terapia sostitutiva integrata in pazienti con dipendenza/abuso di sostanze e una diagnosi psichiatrica aggiuntiva. L'olanzapina tuttavia, grazie all'ottima tollerabilità, ha un indice di efficacia molto più elevato, rendendo il paziente più disponibile al trattamento psicofarmacologico e psicoterapico. Inoltre, migliorando la compliance diminuisce il tasso di drop-out, peraltro piuttosto elevato nel gruppo dei pazienti trattati con aloperidolo.

L'introduzione nella pratica clinica degli antipsicotici atipici, che si caratterizzano per un profilo migliore sul piano degli effetti collaterali, soprattutto di tipo extrapiramidale, e che ha rappresentato una svolta importante anche nel trattamento dei disturbi dell'umore risulta, a nostro avviso, particolarmente indicata nei quadri in comorbidità con disturbi da uso di sostanze.

Se, infatti, l'uso degli atipici era inizialmente limitato alle psicosi dello spettro schizofrenico, la disponibilità di questi farmaci ha portato ad un allargamento progressivo del loro impiego ad altri ambiti nosografici.

I disturbi dell'umore in particolare, senza o con uso di sostanze, per la loro importanza sul piano epidemiologico e clinico, hanno rappresentato il settore dove, forse ancor più che per i disturbi dello spettro schizofrenico, gli atipici hanno aperto nuove prospettive terapeutiche rispetto al trattamento acuto e cronico di forme resistenti alle terapie tradizionali e nei casi di scarsa compliance, come spesso accade nella popolazione dei tossicodipendenti.

Bibliografia

- A.P.A. *DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Washington, American Psychiatric Association.
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., *La Doppia Diagnosi: clinica e terapia dell'aggressività e della violenza nei tossicodipendenti*, *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pisa, Pacini Ed., 2001, 419-426.
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., *La Doppia Diagnosi: clinica e terapia dei disturbi d'ansia nei tossicodipendenti*. *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pisa, Pacini Ed., 2001, 389-394; 347-360.
- Pozzi G., Bacigalupi M., Tempesta E., "Comorbidity of drug dependence and other mental disorder: a two phase study of prevalence at out patient treatment centres in Italy", *Drug alcohol Depend*, 1997; 46:69-77.
- Noordsy D., O' Keefe C., Mueser K.T., Xie H., "Six Month outcomes for patients who switch to olanzapine treatment", *Psychiatric Press*, April 2001, vol. 52, n. 4.
- Pancheri P., *La Doppia Diagnosi*, Scientific Press, 2002.
- Pancheri P., *Uso Atipico degli antipsicotici atipici*, Scientific Press, 2003.
- Rigliano P., *Doppia Diagnosi*, Cortina, 2004.

Viene presentata un'importante riflessione del collega Raffaele Lovaste sugli aspetti organizzativi di un Ser.T. I Servizi per le Tossicodipendenze sembrano ancora alla ricerca di un'identità sia a livello istituzionale sia a livello di opinione pubblica; sottoposti a volte ad attacchi feroci ed ingiustificati fanno fatica a rendere visibile il loro ruolo di strutture specialistiche multi disciplinari nell'ambito della rete assistenziale delle dipendenze patologiche. Con questo lavoro si vorrebbe aprire un ambito di discussione su alcuni aspetti dell'analisi dello scenario in cui questa Unità Operativa opera e su un possibile assetto organizzativo in una logica aziendale.

Questo lavoro non vuole "esportare" un modello, ben sappiamo che le leve organizzative possono essere molto diverse nelle singole realtà, l'importante è la condivisione del metodo che in sostanza si declina nel far precedere al fare organizzativo l'analisi di alcuni fattori ambientali, culturali e legislativi che sicuramente influenzeranno la struttura ed i suoi risultati. La produzione di un documento che descrive nel dettaglio la struttura e le scelte di fondo che giustificano determinate soluzioni organizzative è estremamente importante e utile perché impone una fase di riflessione all'interno della struttura e rende possibile il confronto con altre realtà analoghe. Obiettivo è l'acquisizione di una consapevolezza su chi siamo e che cosa facciamo che, se realmente interiorizzata, può essere più facilmente trasmessa anche ai non addetti ai lavori.

Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le tossicodipendenze in una logica aziendale

Raffaele Lovaste*

A. Analisi organizzativa di un Servizio per le tossicodipendenze in una logica aziendale

1. Introduzione

A prima vista, "la ragion d'essere" di una rete assistenziale che opera nel campo dei disturbi correlati all'uso di sostanze sembra evidente e semplice: assistere la popolazione dei tossicodipendenti e le loro famiglie, perseguendo la prevenzione del fenomeno e il recupero dei soggetti alla società.

Nella realtà tuttavia si opera in un macrocontesto complesso in continua evoluzione capace d'influenzare direttamente o indirettamente il funzionamento e l'esistenza stessa di qualsiasi soggetto della rete per cui è indispensabile anteporre all'azione un accurato studio di analisi e abituarsi a pensare all'organizzazione come ad un problema sempre da risolvere, lo sforzo continuo cioè di indirizzare le risorse assegnate verso gli obiettivi che, di volta in volta, sono stati identificati. Il punto di partenza è nell'assioma: non è possibile ipotizzare un'organizzazione che, ad un certo livello di complessità e partendo da risorse definite, produce in modo automatico e senza regole chiare servizi in grado di soddisfare determinate aspettative.

Se così fosse non esisterebbe il problema organizzativo.

L'organizzazione quindi è tutto ciò che caratterizza il passaggio risorse-risultato e che condiziona l'ottenimento di certe funzioni istituzionali.

L'analisi organizzativa è la fase che permette di rendere visibili i problemi mentre **la progettazione organizzativa** è la declinazione, degli elementi evidenziati nella fase di analisi, verso una modalità di combinazione efficiente delle risorse tenendo conto la necessità di dover rispondere, il più possibile, ai legittimi interessi degli "stakeholders" (parti interessate). La progettazione organizzativa si declina nella ricerca delle soluzioni possibili che consentono di ottenere determinati

comportamenti di lavoro finalizzati a specifici risultati. Le strategie adottate sono dette **leve organizzative**.

Le leve organizzative possono essere diversissime, è importante però che siano sempre compatibili con **l'assetto istituzionale** e con **l'assetto ambientale**.

L'assetto istituzionale fa riferimento alle regole del gioco istituzionale, alla normativa vigente ed alle scelte politiche di fondo; l'assetto ambientale indica tutto ciò che condiziona l'organizzazione a livello di risorse, culturale, sociologico ed economico.

2. Analisi organizzativa

Contestualizzando i concetti generali di un'analisi organizzativa al settore delle dipendenze patologiche ed alla realtà del Trentino è importante fare i conti con i seguenti aspetti:

2.1. Il piano politico programmatico del settore, nazionale e locale

Situazione nazionale

Nel corso degli ultimi trent'anni si sono avvicinate varie concezioni della tossicodipendenza che hanno prodotto strategie politiche molto differenti.

1) Negli anni '70 si è vista nella tossicodipendenza un'aspecifica espressione di disagio giovanile, all'interno di un contesto socio-culturale che la connotava come tentativo di "trasgressione oppositiva al sistema", come "ricerca di una contro cultura".

Dei tossicodipendenti, in questo periodo, inizia ad occuparsi soprattutto il mondo del volontariato senza il coinvolgimento delle tradizionali professioni d'aiuto: la risposta terapeutica è quanto mai aspecifica.

Possiamo pensare quindi al decennio '70 come ad un periodo caratterizzato da disillusione e senso di sconfitta rispetto alle aspettative, un po' magiche, maturate negli anni prece-

* Direttore Servizio Tossicodipendenze, APSS di Trento, Provincia Autonoma di Trento, Direttivo nazionale FeDerSerD.

denti; le strategie d'intervento nei riguardi della tossicodipendenza sono assenti o spontaneistiche.

2) Negli anni '80 si diffonde la concezione di tossicodipendenza come forma d'autoterapia a fronte di un sottostante disagio psichico.

La proposta terapeutica, di conseguenza, si struttura in interventi sempre più specifici attraverso l'utilizzo di personale specializzato.

La comunità terapeutica è assunta, in questa fase, come risposta elettiva.

I trattamenti si pongono come obiettivo la totale remissione del sintomo dentro un'idea di reversibilità, per la maggior parte dei casi, del comportamento tossicomane.

Il decennio '80 corrisponde ad una fase d'osservazione e studio del fenomeno e di sperimentazione di strategie d'intervento diversificate, in una realtà all'interno della quale potevano coesistere concezioni molto diverse tra loro e modelli d'intervento eterogenei.

3) Negli anni '90 si struttura il concetto di tossicodipendenza come patologia cronica ad andamento recidivante da trattare in modo specialistico.

Decade l'obiettivo generalizzato della guarigione sostituito dalla ricerca, in ogni singolo caso, della massima condizione di benessere possibile.

In questi anni si assiste ad una ricca produzione teorica che propone, sul versante scientifico, diversi modelli interpretativi circa l'eziologia e le possibilità di trattamento della tossicodipendenza mentre, sul versante operativo, si diffondono modelli d'intervento maggiormente centrati sul sintomo, a forte impronta pragmatica e quindi più standardizzati.

Si può ipotizzare che questa tendenza sia stata determinata da vari fattori, quali l'evento AIDS, lo stesso follow-up relativo agli interventi sperimentati che metteva in evidenza il carattere recidivante della tossicodipendenza pur a fronte dell'impiego di risorse umane e finanziarie rilevanti, la tendenza alla cronicizzazione della patologia messa in risalto dal progressivo invecchiamento dell'utenza.

4) Attualmente, anni 2000, è in corso un'ulteriore trasformazione culturale; non si parla più di tossicodipendenza ma di dipendenza patologica allargando il campo di interesse anche ad altre forme di dipendenza non necessariamente legate all'uso di sostanze legali o illegali.

L'eroina non è più la sostanza principe, anche se è ancora la più usata, le droghe eccitanti quali la cocaina ed i derivati anfetaminici sono sempre più diffuse e utilizzate in associazione con l'eroina.

Anche la tipologia dell'utenza che accede ai servizi è cambiata; oggi chi abusa o è dipendente da sostanze è, nella maggioranza dei casi una persona che lavora, ha un buon livello di istruzione ed è sufficientemente integrato nel contesto sociale.

Il tossicodipendente classico "da strada" come eravamo abituati a vedere negli anni '80 va scomparendo.

Il rapporto con la sostanza, con l'eccezione forse dei cannabinoidi, non rientra più in una ritualità di gruppo, ma è diventato un fatto privato; lo scambio di siringhe è praticamente scomparso anche come conseguenza delle campagne di prevenzione dell'AIDS; sia la cocaina sia l'eroina vengono preferibilmente sniffate e la via endovenosa è sempre meno usata.

Questo nuovo paziente in definitiva è meno visibile da un punto di vista sociale, crea meno allarme, infatti non sentiamo parlare più di "emergenza droga", utilizza più sostanze contemporaneamente, cerca di controllarne gli effetti ed aspira ad un uso compatibile con la sua vita sociale e lavorativa.

Per concludere, un ultimo aspetto sta assumendo sempre più rilevanza: la contemporanea presenza di significative patologie psichiatriche associate all'uso, abuso o dipendenza da sostanze; quella che comunemente viene definita doppia diagnosi.

È possibile che i servizi siano diventati più esperti nel riconoscere queste patologie, come è possibile che effettivamente questa tipologia di utenti sia in progressivo aumento.

In questi pazienti è spesso difficile stabilire quanto della sintomatologia presentata è da correlare alla sostanza assunta e quanto alla patologia psichiatrica e se il disturbo psichiatrico sia antecedente quindi solo slatentizzato dalla sostanza o ne sia la diretta conseguenza.

Sono pazienti molto difficili da trattare, richiedono un grande consumo di risorse ed un capillare lavoro di integrazione fra i servizi coinvolti.

Le "vision" diverse del problema tossicodipendenza nel corso degli stessi anni, hanno specularmente prodotto, da un punto di vista legislativo, disposizioni continuamente oscillanti fra due posizioni estreme: da un lato il tossicodipendente, visto come un potenziale pericolo, genera l'accentuazione di tutti gli aspetti repressivi e punitivi; all'estremo opposto lo stesso, visto come un malato, produce interventi terapeutici prevalentemente medicalizzanti.

Costante di tutti i provvedimenti è il tentativo, spesso non esplicitato, di ottenere il controllo sociale del fenomeno.

La legge 685 del 1975 depenalizza l'uso personale di sostanze stupefacenti e istituisce i Centri Medici e d'Assistenza Sociale assegnando ad essi compiti di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Questo provvedimento annulla l'approccio repressivo, precedentemente ampiamente rappresentato, nei confronti del fenomeno e dà l'avvio ad un'attività istituzionale volta a controllare e a trattare la problematica tossicomane attraverso gli strumenti dell'assistenza e della cura.

Un secondo evento legislativo importante è rappresentato dalla legge 162 del 1990 e successivo DPR 309/90.

Questo provvedimento riconosce ufficialmente alla tossicodipendenza lo status di patologia ma reintroduce il concetto di punibilità sia pure in un'accezione diversa rispetto al passato, traducendolo cioè in termini di obbligatorietà della cura.

Le successive revisioni della normativa (referendum abrogativo) vedono decadere nuovamente il principio di punibilità, esaltano il mandato di controllo sociale (teoria della riduzione del danno) e danno il via alla riorganizzazione dei servizi pubblici (Ser.T.) in senso multispecialistico (D.M. 444/1990). A rendere ancora più variegato l'universo della tossicodipendenza ha contribuito poi la traduzione pratica delle disposizioni legislative nelle realtà locali.

Tutti i piani politici strategici di settore realizzati, anche se sorretti da cinque pilastri fondamentali quali: la repressione dell'offerta di droga, la terapia e la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti, la prevenzione del fenomeno, l'inserimento lavorativo e la riduzione del danno, sono risultati estremamente differenti in relazione al peso che ciascuna realtà ha dato ad ognuno dei pilastri.

La quantità di denaro disponibile, in relazione al numero di pazienti in trattamento, ha inoltre creato costrizioni importanti, nella gestione quotidiana del problema, tali da annullare, in taluni casi, gli stessi obiettivi del piano politico strategico.

Situazione in Trentino

Le politiche in Trentino sulla tossicodipendenza trovano una prima formulazione ufficiale nelle legge provinciale n. 34 del 29/10/1983.

La Giunta provinciale, con questa legge, definisce le norme di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e alcolismo, in armonia con quanto precedentemente stabilito dalla normativa nazionale con il dispositivo n. 685 del 22/12/1975, e si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) **“la conoscenza della realtà socio economica, culturale e sanitaria in relazione ai fenomeni delle tossicodipendenze e dell’alcolismo, nonché la rimozione delle cause che li determinano;**
- b) **l’elaborazione e l’attuazione di interventi finalizzati alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, nell’ambito delle previsioni del piano sanitario di cui all’articolo 5 della legge provinciale n. 33 ed in coordinamento con le altre iniziative per la lotta alle cause di emarginazione e disadattamento;**
- c) **lo sviluppo di un’adeguata coscienza sanitaria in materia di tossicodipendenza, alcolismo tabagismo e abuso di psicofarmaci;**
- d) **la programmazione e attuazione di iniziative per la formazione e l’aggiornamento degli operatori addetti ai settori di attività di cui alle lettere precedenti”.**

È evidente che la Giunta provinciale ritiene, in questo periodo, la tossicodipendenza espressione di emarginazione e disadattamento e considera la conoscenza delle cause implicite in questa forma di disagio giovanile, un fattore determinante per la rimozione delle stesse.

L’obiettivo ultimo degli interventi terapeutici è la completa risoluzione del fenomeno.

Gli enti e gli organismi coinvolti in questo sforzo sono molteplici, i servizi della Provincia, le unità sanitarie locali, i comuni e le circoscrizioni, le strutture scolastiche e le associazioni di volontariato; viene costituito un “Comitato provinciale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell’alcolismo” che raccoglie rappresentanti di tutte le realtà coinvolte, con il compito di esprimere pareri e formulare proposte di miglioramento.

Alle unità sanitarie locali viene dato il mandato di:

- propaganda, prevenzione ed educazione contro l’uso della droga ed ogni altra forma di tossicodipendenza;
- cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
- raccolta di elementi informativi ed epidemiologici;
- istituzione dei “Centri medici e di assistenza sociale”, come previsto dalla 685 del 1975;
- promozione e costituzione di comunità terapeutiche o altre simili istituzioni;
- favorire l’apporto del volontariato al raggiungimento delle finalità di prevenzione e riabilitazione.

Nell’articolo 14 questa legge, come norma transitoria, affida i compiti assegnati ai centri medici e di assistenza sociale dalla 685, al Centro Anti Droga come già previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 2289 del 1 aprile 1977. Il Centro Anti Droga assume quindi, come emanazione diretta della Provincia, i compiti previsti dalla legislazione nazionale per i servizi pubblici, e mantiene, come associazione del privato sociale, la gestione della comunità terapeutica di Camparta.

In sostanza con la legge provinciale 34 il Centro Anti Droga acquisisce un ruolo determinante in tutte le iniziative di contrasto della tossicodipendenza in Trentino.

Il modello di intervento di quest’associazione del privato sociale è esplicitato negli atti del convegno tenuto a S. Michele all’Adige il 23-24 marzo 1988 e riferito all’esperienza nella tossicodipendenza in Trentino dal 1974 al 1988.

“La costituzione di una comunità terapeutica in un dato territorio, ha innanzi tutto un valore emblematico, alternativo a mitiche attese e ciniche rinunzie. Essa esprime la tensione verso un possibile mutamento, una testimonianza di fiducia verso i giovani sofferenti, alternativa alla rassegnata acquiescenza verso i comportamenti devianti di una società che smorza tutto: la paura e l’indignazione, la rabbia e la speranza e che sa rispondere solo con misure di contenimento di dubbio significato”.

La comunità terapeutica si pone allora come un modello di intervento “sano” in contrapposizione alla “società malata” che sta fuori e che risponde solo con misure di contenimento di dubbio significato.

Il trattamento terapeutico si fonda sulla relazione umana; è finalizzato al riconoscimento, al coinvolgimento ed alla partecipazione affettiva più e prima che relazionale, cioè alla comprensione psicologica del soggetto. Il modello d’ispirazione psicoanalitica a cui ci riferiamo è quello che ipotizza che dietro al sintomo ci sia l’angoscia. Un’angoscia che non ha permesso la strutturazione di un Io. A Camparta non esiste né è mai esistito un regolamento scritto. L’organizzazione di base prevede alcune regole fondamentali: la motivazione del ragazzo, la residenza in Trentino, il suo arrivo attraverso il Centro Medico di Assistenza Sociale. La droga è distruttiva, disumanizzante, è un’illusione da impotenti, un’evasione prodotta dalla disperazione di sé, dalla frammentazione e dalla pratica mal tollerata di costruirsi come persona adulta. Camparta cerca di rispondere a queste carenze senza sostituirsi al soggetto, aiutandolo ad affrontare la fatica, cercando di essere portatrice di speranza, di disilludere, di sostituire la dipendenza dalla droga con un’altra dipendenza accettata, misurata e transitoria, ma non assoluta perché valorizza il soggetto.

La tossicodipendenza quindi, secondo la visione di quest’associazione in questo momento storico, è prevalentemente un problema interno al soggetto, è il frutto di una crescita psicologica errata, in un contesto sociale che non aiuta e può essere superata passando attraverso un percorso terapeutico di tipo psicanalitico che prevede una fase di dipendenza misurata e transitoria dalla comunità terapeutica.

La Provincia Autonoma di Trento, affidando il monopolio degli interventi al Centro Anti Droga, di fatto ne assume la filosofia di fondo.

Negli anni successivi si assisterà ad una proliferazione delle comunità terapeutiche e delle associazioni del privato sociale; si svilupperanno significativi “distinguo” nella modalità di approccio al trattamento dei pazienti fra le diverse strutture comunitarie senza però modificare la vision del problema e l’assetto organizzativo complessivo.

Il DPR 309/90, il successivo referendum abrogativo ed il D.M. 444 introducono anche in Trentino alcuni elementi nuovi e significativi nel panorama della tossicodipendenza.

La Giunta provinciale con la deliberazione n. 7541 del 14/06/1991 adegua la pianta organica del Centro medico e di assistenza sociale secondo le indicazioni del D.M. 444/1990 con la specifica che *“il personale medico è impiegato sulla base di appositi rapporti di consulenza con gli interessati e la USL di appartenenza”.*

Quest’assetto organizzativo in pratica si traduce in rapporti di convenzione part-time con diversi medici per poche ore settimanali, mentre le professionalità di area psico-sociale sono assunte in pianta stabile.

Con la deliberazione n. 8250 del 19/05/1992 si trasforma il Centro Medico e di Assistenza Sociale in Ser.T., mantenendo immutate la sede, l’organico e l’assetto funzionale.

La deliberazione di Giunta n. 10132 del 09/08/1996, definisce le linee guida provinciali per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi.

In questo documento si prende atto delle disposizioni previste a riguardo dalla 309/90; vengono recepite le linee guida della circolare del 30 settembre 1994 n. 20 e si aggiungono alcune disposizioni relative al dosaggio del metadone di dubbia validità giuridica.

A fronte di vibrante proteste sollevate da varie parti, la Giunta provinciale con la deliberazione n. 4590 di data 04/06/1999 annulla le precedenti disposizioni e affida la determinazione del dosaggio del farmaco al "giudizio del singolo medico che ha in carico il paziente tossicodipendente, in relazione al caso specifico e secondo i criteri di efficacia dettati dalla letteratura medica".

Nel gennaio 1999 la conferenza permanente per i rapporti fra lo stato e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano vara l'Accordo stato regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.

I principi ispiratori di questo provvedimento, sono diametralmente opposti a quelli della legge nazionale n. 685 e conseguente legge provinciale n. 34 per cui con la deliberazione n. 1642 del 30/06/2000 la Giunta: recepisce l'accordo stato regioni; revoca tutte le deliberazioni precedenti in materia; si riserva di specificare con successivi distinti provvedimenti le competenze in ordine alla programmazione degli interventi, alla valutazione dei risultati ed alla formazione di nuovo personale e demanda all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) lo svolgimento degli altri compiti ad essa assegnati dal citato accordo.

Alla Provincia Autonoma di Trento rimane la competenza di determinare le tariffe con riferimento alle tipologie standard delle prestazioni definite dall'Azienda sanitaria, nonché programmare annualmente, avuto riguardo al fabbisogno stimato dall'Azienda sanitaria come necessario e sufficiente, i limiti massimi di spesa sostenibile a carico del fondo sanitario provinciale per ciascuna struttura pubblica o privata accreditata ovvero per gruppi di strutture.

La delibera n. 2703 del 19/10/2001 definisce il piano operativo per gli interventi di promozione della salute, di prevenzione e di cura e riabilitazione in relazione all'uso e all'abuso di sostanze e alla dipendenza patologica da sostanze.

Questo documento contiene alcuni concetti molto importanti:

... (omissis) nelle azioni volte al recupero, al mantenimento e al miglioramento della salute, l'ottica deve essere sempre quella di una visione globale dei bisogni della persona e parimenti la risposta, sebbene possa essere tecnicamente diversificata, deve mirare al benessere complessivo della persona. Detto altrimenti ciò significa che il sistema sanitario non può unicamente farsi carico di erogare prestazioni, bensì di assicurare l'insieme integrato di quelle prestazioni valide, necessarie e sufficienti ad un reale complessivo guadagno di salute per la persona.

Il paziente è quindi al centro dell'interesse e la valutazione complessiva degli interventi diventa un elemento primario.

La delibera inoltre indica quali sono le azioni necessarie che la Provincia intende realizzare per dare concretezza ai principi ispiratori dell'accordo stato regioni recepiti con il provvedimento precedente, e a tal riguardo specifica:

Per una esatta comprensione del significato e della portata dei progetti del piano, pare opportuno offrire una chiave di lettura. Innanzitutto, se l'approccio è globale, parallelamente gli interventi devono essere improntati ad una logica di siste-

ma. Un sistema si configura come la cooperazione, in vista di un determinato fine, di più soggetti che, sebbene investiti di ruoli e competenze distinti, sono tra loro interdipendenti. Ma la caratteristica fondamentale di un sistema è che il condizionamento reciproco tra le azioni di ciascuno dei soggetti viene consapevolmente considerato un processo di dinamico aggiustamento degli interventi rispetto agli obiettivi perseguiti.

Nei progetti si distinguono tre ordini di soggetti con proprie peculiari competenze e funzioni:

- *in primo luogo le strutture operative pubbliche e private che erogano le prestazioni secondo criteri tecnico scientifici e metodologie clinico assistenziali loro propri (livello gestionale operativo);*
- *quindi le strutture di direzione aziendale che assicurano la integrazione funzionale delle attività in un quadro di coerente azione complessiva (livello gestionale strategico);*
- *infine le strutture provinciali che, sulla scorta della valutazione delle necessità e degli esiti complessivamente rilevati, promuovono la collaborazione interistituzionale e individuano i macro obiettivi (livello politico programmatico).*

I progetti successivamente declinati sono:

N. 1 Istituzione di un comitato tecnico scientifico.

Obiettivo: fornire gli obiettivi e gli indirizzi generali per il sistema di prevenzione, cura e riabilitazione in relazione all'uso e all'abuso di sostanze e alla dipendenza patologica da sostanze e valutare i risultati conseguiti dal sistema.

N. 2 Attivazione dipartimento dipendenze patologiche.

Obiettivo: ottimizzare l'efficacia e l'efficienza del sistema di prevenzione in materia di uso e abuso di sostanze nonché di cura e riabilitazione delle persone con dipendenza patologica da sostanze, garantendo la regia, il coordinamento, la gestione omogenea e raccordata di tutte le attività rientranti in questo settore.

N. 3 Strutturazione dell'offerta del privato sociale per la cura e la riabilitazione nell'ambito delle tossicodipendenze e sua integrazione nel sistema di assistenza.

Obiettivo: razionalizzare e qualificare l'offerta di servizi e delle strutture per la cura e la riabilitazione delle tossicodipendenze, forniti dal settore del privato sociale in rapporto convenzionale con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

N. 4 Formazione e aggiornamento degli operatori.

Obiettivo: mettere in grado i servizi preposti alla prevenzione, alla cura e al recupero delle persone con dipendenze patologiche di rispondere in maniera efficace e mirata alle reali esigenze manifestate.

N. 5 Educazione sanitaria e sociale.

Obiettivo: rafforzare le azioni di informazione e di educazione sanitaria e sociale rivolte in particolare ai giovani in merito all'uso e all'abuso di sostanze e alle problematiche personali e sociali legate alla dipendenza patologica da sostanze.

L'Azienda sanitaria con deliberazione interna n. 1557 del 19/12/2001 adotta il regolamento del Dipartimento funzionale delle Dipendenze Patologiche, in quanto obbligo previsto dalla deliberazione di Giunta ma non attiva il dipartimento.

La Provincia con la delibera n. 3063 del 06/12/2002 declina la strutturazione dell'offerta del privato sociale e la sua integrazione nel sistema di assistenza e dà mandato all'Azienda

provinciale per i servizi sanitari di assumere gli atti competenti per l'applicazione delle direttive impartite.

In questo documento: viene esaltato il *"rifiuto del concetto di irrecuperabilità"*, è riproposto il concetto di *"recupero totale delle persone dipendenti da sostanze d'abuso"* mediante interventi multi disciplinari validati da criteri non auto referenziali.

Gli enti ausiliari convenzionati sono inseriti nelle attività d'analisi delle esigenze e della domanda complessiva di prestazioni e nella definizione delle strategie generali di azione del Dipartimento delle dipendenze patologiche; *"favoriscono l'integrazione delle proprie prestazioni nell'ambito del sistema provinciale di assistenza perseguendo i possibili accordi atti a differenziare e specializzare l'offerta assistenziale di ciascuno"*.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari determina ogni anno, d'intesa con gli enti e le associazioni convenzionate il numero di posti presso le comunità terapeutiche impegnandosi *"al loro finanziamento e alla loro copertura in via prioritaria"*.

Il Ser.T. rimane *"la struttura pubblica con compiti di accoglienza, diagnosi, presa in carico, definizione di programmi terapeutici riabilitativi ambulatoriali personalizzati, effettuazione di terapie farmacologiche e di attività di sostegno e consulenza, assicura l'offerta di percorsi riabilitativi e di reinserimento sociale e lavorativo, avvalendosi delle risorse istituzionali e del privato sociale e, nelle fasi di recupero terapeutico, prioritariamente, degli enti ausiliari convenzionati. A tale scopo il Ser.T. garantisce agli assistiti e alle famiglie la piena conoscenza dei programmi di cura e riabilitazione presso le comunità"*.

Gli enti ausiliari convenzionati collaborano alla definizione delle modalità più favorevoli per un efficace inserimento degli assistiti nei percorsi di riabilitazione e l'Azienda si assume gli oneri degli assistiti *"iscritti al servizio sanitario provinciale direttamente ammessi dagli enti ausiliari convenzionati"*.

Gli enti ausiliari partecipano alla valutazione degli esiti degli interventi complessivamente disposti dal sistema provinciale di assistenza.

Il Dipartimento dipendenze patologiche e le Comunità terapeutiche sono impegnate a definire protocolli operativi volti ad individuare *"le tipologie di offerta terapeutica di competenza delle diverse comunità con i relativi indicatori di risultato"*.

In riferimento a quest'ultimo punto, con deliberazione n. 1792 del 25/07/2003 la Giunta provinciale approva il documento elaborato dal gruppo tecnico (Azienda e Comunità terapeutiche convenzionate) e approva le linee guida, di seguito interamente riportato, per la stipula delle convenzioni con gli Enti ausiliari.

2.1.1. Differenziazione dell'offerta delle Comunità Terapeutiche e protocollo per l'inserimento dei pazienti

Analisi organizzativa

L'attuale popolazione dei tossicodipendenti può essere suddivisa in due gruppi:

1. **Gruppo A) "Bassa Evolutività"**: pazienti inquadrabili in una fase pre contemplativa o contemplativa secondo la classificazione proposta da Carlo C. Di Clemente (Università di Baltimora, Maryland USA); pazienti con problemi psichiatrici associati tali da rendere non praticabile un

percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza; pazienti con problemi di personalità e/o sociali tali da rendere non praticabile, al momento, un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza;

2. **Gruppo B) "Alta Evolutività"**: pazienti per cui è ipotizzabile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

Per i pazienti del gruppo A i progetti terapeutici sono finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi: aumento della qualità della vita, riduzione delle attività illegali, riduzione del rischio di overdose, riduzione dei comportamenti a rischio di patologie correlati allo stato di tossicodipendenza, aumento dell'attività lavorativa.

Per i pazienti del gruppo B l'obiettivo terapeutico globale è finalizzato al superamento della condizione di tossicodipendenza attraverso gli stadi del cambiamento volontario quali: la stabilizzazione del sintomo, l'induzione del cambiamento, la gestione del cambiamento e l'eventuale gestione delle ricadute.

I pazienti tossicodipendenti possono essere ulteriormente suddivisi secondo un altro criterio:

3. **Gruppo C)**: pazienti per cui la diagnosi prevalente è di abuso e/o dipendenza da sostanze secondo i criteri del DSM IV, a loro volta suddivisi in gruppo A (Bassa Evolutività) e gruppo B (Alta Evolutività), per cui in definitiva avremo una coorte inquadrata come CA ed una come CB;

4. **Gruppo D)**: pazienti in cui, accanto alla diagnosi di tossicodipendenza, è presente una significativa patologia psichiatrica per cui è indispensabile progettare un percorso terapeutico particolare. Anche questa tipologia di pazienti può essere a sua volta inquadrata come A (Bassa Evolutività) o B (Alta Evolutività) per cui in definitiva avremo una coorte inquadrata come DA ed una come DB.

Al momento la rete assistenziale presente sul territorio Trentino fornisce le seguenti tipologie di risposte:

1. Ser.T., programmi ambulatoriali per tutte le tipologie di pazienti;
2. Comunità Terapeutica Voce Amica, accettazione e programmi terapeutici per i pazienti di tipo CA;
3. Comunità Terapeutica Centro Anti Droga, programmi terapeutici per i pazienti di tipo CB;
4. Comunità Terapeutica Progetto Uomo, programmi terapeutici per i pazienti di tipo CB;
5. Comunità Terapeutica Giano, programmi terapeutici per i pazienti di tipo DB.

In sintesi manca una comunità terapeutica che accetti i pazienti di tipologia DA, che sono quindi inviati presso realtà fuori provincia, e ci sono due strutture che accettano la stessa tipologia di pazienti (CB).

Progettazione organizzativa

Il Ser.T., come servizio pubblico, eroga programmi terapeutici ambulatoriali per tutte le tipologie di pazienti.

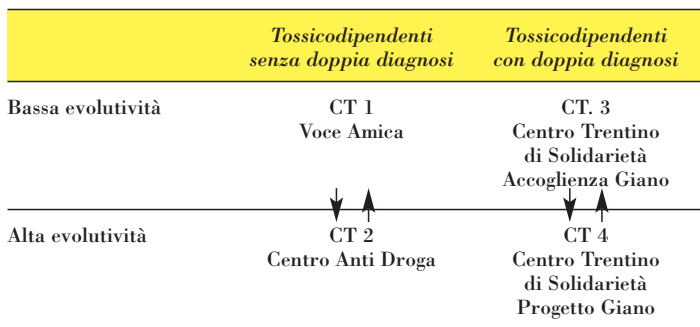
Una struttura comunitaria si specializza nell'accettazione e negli interventi terapeutici residenziali rivolti ai pazienti con Bassa Evolutività senza rilevanti problemi psichiatrici associati (tipologia CA). A tal proposito si ritiene doveroso puntualizzare che bassa evolutività non significa bassa soglia terapeutica in quanto trattare pazienti complessi e con scarsa o nulla motivazione al cambiamento, è cosa molto difficile, richiede un'alta professionalità agli operatori e un elevato consumo di risorse.

Una struttura comunitaria si specializza nei programmi terapeutici residenziali rivolti ai pazienti ad Alta Evolutività che non presentano rilevante comorbidità psichiatrica (tipologia CB).

Una struttura comunitaria si specializza nei programmi terapeutici residenziali rivolti ai pazienti a Bassa Evolutività con rilevanti problemi psichiatrici (tipologia DA).

Una struttura comunitaria si specializza nei programmi terapeutici residenziali rivolti ai pazienti a Alta Evolutività anche in presenza di rilevanti problematiche psichiatriche (tipologia DB).

La nuova organizzazione risulta quindi la seguente:



Modalità di accettazione ed eventuale trasferimento dei pazienti da una struttura comunitaria all'altra

Percorso 1) L'invio avviene tramite il Ser.T.

Il paziente è ritenuto dall'équipe multi disciplinare a Bassa Evolutività: viene inserito presso la struttura comunitaria corrispondente (struttura 1 o 3 a seconda della presenza o meno di comorbidità psichiatrica).

La comunità terapeutica:

- non può rifiutare il paziente se rientra nei posti programmati, salvo che per motivate ed accertate motivazioni sanitarie che devono essere esplicitate in una relazione da inviare al Ser.T.;
- si impegna a definire un progetto terapeutico residenziale e ad inviarlo al Ser.T. di provenienza;
- si impegna a rivalutare in un incontro allargato, dopo tre mesi, fra l'operatore Ser.T. che segue il follow up comunitario e un operatore della comunità che ospita il paziente, se esistono ancora le condizioni di Bassa Evolutività che hanno determinato l'invio o se la situazione clinica del paziente si è modificata. Qualora si ipotizzi un passaggio ad un'altra struttura comunitaria viene invitato all'incontro anche un operatore della stessa.

Il paziente viene ritenuto dall'équipe multi disciplinare ad Alta Evolutività, viene inserito presso la struttura comunitaria corrispondente (struttura 2 o 4 a seconda della presenza o meno di comorbidità psichiatrica).

La comunità terapeutica:

- non può rifiutare il paziente se rientra nei posti programmati, salvo che per motivate ed accertate motivazioni sanitarie che devono essere esplicitate in una relazione da inviare al Ser.T.;
- si impegna a definire un progetto terapeutico residenziale e ad inviarlo al Ser.T. di provenienza;
- si impegna a rivalutare in un incontro allargato, dopo tre mesi, fra l'operatore Ser.T. che segue il follow up comunitario e un operatore della comunità che ospita il paziente,

se esistono ancora le condizioni che hanno determinato l'invio o se la situazione clinica del paziente si è modificata. Qualora si ipotizzi un passaggio ad un'altra struttura comunitaria viene invitato all'incontro anche un operatore della stessa.

Al termine del programma si impegna ad inviare al Ser.T. una relazione conclusiva scritta.

Percorso 2) ingresso autonomo del paziente nella struttura comunitaria

Il Ser.T. si impegna a rilasciare entro tre giorni la certificazione di tossicodipendenza se il paziente è noto; entro tre giorni, dal completamento delle indagini cliniche che consentono una diagnosi di tossicodipendenza secondo i criteri del DSM IV, se il paziente non è noto.

La comunità terapeutica:

- si impegna a definire un progetto terapeutico residenziale e ad inviarlo al Ser.T. di provenienza;
- si impegna a rivalutare in un incontro allargato, dopo tre mesi, fra l'operatore Ser.T. che segue il follow up comunitario e un operatore della comunità che ospita il paziente, se esistono ancora le condizioni che hanno determinato l'invio o se la situazione clinica del paziente è modificata. Qualora si ipotizzi un passaggio ad un'altra struttura comunitaria viene invitato all'incontro anche un operatore della stessa.

Al termine del programma o all'interruzione dello stesso, si impegna ad inviare al Ser.T. una relazione conclusiva scritta. Elemento fondamentale per il funzionamento dell'intero sistema di assistenza è che le Comunità Terapeutiche possano avere risorse finanziarie necessarie per il loro funzionamento, secondo i requisiti di qualità, in rapporto ad un range di posti letto.

Pertanto, ogni Ente Accreditato si impegna, in sede di contrattazione separata con l'APSS, a definire il range di operatività (esempio 15-25 posti letto) ottimali per la sua struttura e ad inviare entro il 28 febbraio dell'anno successivo un report statistico annuale.

Qualora la struttura, nel corso dell'anno di validità della convenzione, verrà utilizzata nel range previsto e concordato di posti letto, il finanziamento verrà calcolato globalmente come se il numero massimo di posti letto programmati fossero stati sempre occupati da utenti.

2.2. La vision della tossicodipendenza

Ipotizzare un modello organizzativo di un servizio e/o di un dipartimento, qualunque esso sia, comporta il confronto con l'indirizzo di pensiero che orienta l'approccio verso un determinato fenomeno, in altre parole con la concezione complessiva del problema e del modo in cui affrontarlo.

Ci sembra interessante la definizione di "cultura" come "sistema conoscitivo implicito caratterizzante una determinata struttura organizzativa che viene utilizzato e condiviso più o meno esplicitamente dalle persone che vi agiscono professionalmente. Tale sistema conoscitivo è informato dal complesso di opinioni, valori, credi, concetti, in altre parole dall'insieme di rappresentazioni, consce od inconscie, su ruoli, compiti, norme, funzioni, obiettivi della struttura in cui si opera" (Mucelli, Masci, 1996).

Questa definizione, riconoscendo la presenza dell'elemento irrazionale, evidenzia con efficacia la complessa matrice su cui si costruisce un modello culturale e appare, in tal senso,

particolarmente adatta ad introdurre una riflessione sulla cultura di un Servizio particolarmente sollecitato da aspetti emotivi, come quello per le tossicodipendenze.

In sintesi è estremamente importante tener sempre presente che dietro all'organizzazione di un servizio per le tossicodipendenze c'è la cultura degli operatori che vi lavorano, che, a sua volta racchiude un modello interpretativo della tossicodipendenza e un'idea della cura.

L'organizzazione di un servizio dipende però anche da un mandato legislativo, che possiamo considerare come il riflesso di una cultura collettiva dentro alla quale c'è un clima emotivo fatto di umori, paure, fantasie e pulsioni.

Tutto ciò comporta che l'attività del servizio per le dipendenze non può essere pensata solo come la traduzione operativa di acquisizioni realizzate in ambito scientifico, ma anche come il tentativo di rispondere a istanze di controllo emotivo e sociale della collettività.

Lo stesso dibattito sulla tossicodipendenza, del resto, più che le discipline scientifiche ha visto coinvolte le sfere dell'etica, della filosofia, della legge caratterizzandosi spesso per la tendenza a mettere a confronto posizioni ideologiche tra loro contrapposte.

Ripercorrendo l'evoluzione che ha interessato la tossicodipendenza dal suo primo imporsi come fenomeno sociale ad oggi appare evidente che la percezione di questa problematica e le concezioni riguardanti il modo in cui trattarla non hanno mai potuto prescindere dall'intensità dell'impatto emotivo da essa suscitato nella realtà sociale.

Alcuni fattori hanno contribuito e tuttora contribuiscono a rendere la tossicodipendenza così emotivamente disturbante e più di altre problematiche difficilmente valutabile attraverso parametri riconducibili ad un quadro interpretativo asettico.

Una circostanza che può spiegare la prima reazione sociale di disorientamento è rappresentata dalla sua recente comparsa (in Italia negli anni '70), che differenzia la tossicodipendenza da altre forme di disagio psichico o marginalità conosciute anche in passato.

Il carattere di auto distruttività insito nell'uso di sostanze tanto più temibile perché coinvolge il mondo giovanile, la visibilità del fenomeno, la stretta associazione tra tossicodipendenza e devianza, l'evento Aids, e con esso l'irruzione dell'idea della morte e del contagio, hanno contribuito a generare e mantenere elevati livelli di ansia determinando una condizione di allarme sociale.

Nel tentativo di dare una spiegazione rassicurante del fenomeno, nel tempo si sono sviluppati vari approcci terapeutici con caratteristiche più o meno magiche e salvifiche.

Attualmente per ammissione unanime non esiste "la soluzione" valida per tutti i tossicodipendenti e i vari approcci terapeutici sono fortemente influenzati sia dal tipo di formazione specifica degli operatori coinvolti sia dai personali convincimenti conseguenti all'analisi della letteratura in merito.

2.3. Le elaborazioni teoriche

Le elaborazioni teoriche sviluppate nel tempo e, conseguentemente le strategie per un intervento terapeutico, si distribuiscono in un'ampia curva gaussiana per cui paradossalmente si potrebbe dire che esistono tante variazioni di possibilità terapeutiche quanti sono i soggetti tossicodipendenti.

Semplificando al massimo però si può individuare ad un estremo della curva la concezione della tossicodipendenza

come un problema prevalentemente biologico ed all'altro estremo la visione della stessa come sociopatia.

La concezione biologica si rifà ai lavori di Dole e Nyswander. Il punto di partenza di questi due ricercatori è che il tossicodipendente con l'assunzione costante dello stupefacente ha di fatto creato un danno cronico a livello del Sistema Nervoso Centrale.

Lo squilibrio neurochimico dei mediatori cerebrali prodotti dalla sostanza induce un intenso desiderio di riprovarne gli effetti (craving).

Il craving è dunque l'aspetto patognomonico della tossicodipendenza indipendentemente da variabili individuali o sociali. Su quest'ipotesi interpretativa si è sviluppato tutto un filone di ricerca per documentare attraverso quale processo certe sostanze, dotate di specifiche azioni farmacologiche, siano in grado di indurre dopo un uso ripetuto una condizione neurochimica tale da sostenere il craving e da giustificare le ricadute.

Date le premesse, il primo e più importante intervento terapeutico che appare razionale e possibile è quello di sostituire la sostanza stupefacente, illegale, poco maneggevole, più tossica a causa delle sostanze di taglio e delle manipolazioni da strada, con una sostanza legale, più maneggevole, più stabile nel plasma e somministrabile in condizioni di sicurezza perché sotto controllo medico.

In questo quadro una terapia farmacologia delle tossicodipendenze non può essere considerata come una semplice chemioterapia, quasi che il farmaco abbia la funzione di sradicare, nel più breve tempo possibile, un'agente patogeno che si è insediato nel soggetto; bensì essa può sperare di conseguire risultati positivi solo nella misura in cui il farmaco è in grado di favorire quel processo di stabilizzazione che, al pari del processo di acquisizione della dipendenza, è il risultato di una complessa interazione tra azioni proprie della sostanza, predisposizioni genetiche e meccanismi adattativi dell'organismo.

La visione della tossicodipendenza come sociopatia dà scarsa importanza alla patogenesi biologica.

La tossicodipendenza ha le sue radici nel contesto della società e nella carenza di valori di riferimento per l'individuo e per la famiglia; è in tali realtà che bisogna operare per ripristinare un modello più "sano" di approccio alla vita.

Il tentativo e quello di contrapporre ad una "comunità sociale ammalata" una "comunità sana" in cui ridefinire ruoli, valori, obiettivi di vita.

La risposta prevalente è la comunità terapeutica volta ad educare il soggetto tossicodipendente ed a ricostruire la sua personalità frammentata ed onnipotente.

L'obiettivo dei vari programmi terapeutici comunitari è raggiungere una condizione di "drug-free" nel più breve tempo possibile ed un livello tale di maturazione personale da consentire al soggetto tossicodipendente di non far più uso di alcuna sostanza stupefacente.

La terapia farmacologica allora è accettata con il solo scopo di una rapida risoluzione della sindrome da astinenza mentre la persistenza di un trattamento farmacologico nel tempo è vista come una forma di cronicizzazione iatrogena.

Condizione indispensabile è la "motivazione al cambiamento" espressamente dichiarata e gestita dal soggetto.

Fra questi due estremi oggi è ben delineata una visione più complessa della tossicodipendenza dove, accanto all'evento biologico, sono da tempo emerse componenti psicologiche e sociali che hanno portato a definire un possibile modello unitario: il modello bio-psico-sociale.

Secondo questa visione, fatta propria dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Tossicodipendenza è una malattia cronica ad andamento recidivante (Brain Disease) ad eziopatogenesi multi assiale per cui in ogni paziente tossicodipendente deve essere ricercato quanto delle singole componenti partecipa alla costituzione del sintomo tossicomane.

Date queste premesse, allora, l'end-point di ciascun progetto terapeutico varia, essendo per alcuni il raggiungimento di una rapida condizione di drug-free come primo passo per lo sviluppo di un cambiamento più stabile, per altri la stabilizzazione del sintomo ed un miglioramento delle condizioni generali di vita, processo indispensabile per l'induzione, nel tempo, di una fase di cambiamento volontario.

Questo modello interpretativo prescinde da un approccio ideologico alla tossicodipendenza e cerca costantemente di separare gli strumenti utilizzabili (comunità terapeutiche, sostegno farmacologico, sostegno psico-sociale ecc.) dagli obiettivi del progetto terapeutico possibile per quel paziente in quel momento storico.

Solo se si riesce concettualmente a tenere separati gli strumenti dai fini è possibile, secondo questo approccio, avere la libertà di pensiero necessaria per individuare i reali bisogni in ogni singolo paziente e predisporre le soluzioni effettivamente realizzabili.

Il superamento della tossicodipendenza è legato quindi ad un complesso processo di cambiamento volontario, in cui il singolo paziente necessariamente ha una parte attiva.

In assenza di condizioni che rendono attuabile un processo di cambiamento volontario, gli interventi sono finalizzati al controllo sociale del fenomeno, al miglioramento delle condizioni generali di vita, alla riduzione del rischio di morte per overdose, alla riduzione delle condizioni che rendono probabili le attività criminali legate al mondo della tossicodipendenza e non ultimo all'aumento dell'attività lavorativa.

Conoscere il pensiero prevalente negli operatori rende più agevole la definizione della vision del servizio e la sua allocazione nell'organizzazione generale della rete assistenziale. In Trentino, al momento, solo il servizio pubblico ha esplicitato in un documento, la carta dei servizi, la vision adottata che si identifica con l'approccio bio-psico sociale.

2.4. Razionalizzazione delle risorse

La razionalizzazione delle risorse è un passo necessario considerato che la rete assistenziale opera con risorse definite.

Il censimento puntuale delle strutture presenti sul territorio e l'assegnazione di specifiche mission ai vari soggetti coinvolti è una condizione necessaria per evitare le duplicazioni e le sovrapposizioni degli interventi e per evitare che i servizi pubblici, le organizzazioni private accreditate e le associazioni di volontariato non siano pure fotocopie tra loro.

In assenza di un disegno organizzativo di questo genere la caratteristica principale che lega tutti i soggetti è che ognuno lavora per proprio conto, senza coordinamento, senza collegamenti se non episodici.

È possibile allora che si creino rapporti tesi non solo tra servizi pubblici e privati, ma anche tra pubblico e pubblico e privato e privato.

Quando poi, eccezionalmente, si creano contrapposizioni ideologiche che coinvolgono l'intera collettività degli operatori professionali impegnati in una determinata realtà si struttura una dinamica particolarmente rischiosa, in quanto diventa rilevante la battaglia su chi ha ragione o torto facen-

do passare in secondo piano l'individuo tossicodipendente e la patologia di cui è portatore.

È necessario quindi provvedere a specializzare i servizi, finalizzandoli a rispondere alle esigenze espresse da quel territorio tenendo conto della loro preparazione, inclinazione o interesse prevalente.

Tenuto conto di ogni singolo obiettivo specifico del piano politico strategico generale, il passo successivo è la stipula di protocolli operativi che definiscano in modo chiaro quale parte viene assegnata al servizio e/o istituzione e come questa si raccorda con le altre nell'ambito di un lavoro di rete.

I protocolli inoltre devono essere pubblici in modo da facilitare l'accesso alla rete assistenziale dell'utenza.

Una rete aperta ha maggiori possibilità di agganciare e trattenerne un'utenza sempre più variegata.

Definito "chi fa che cosa" nell'ambito del singolo obiettivo diventa necessario concordare quali saranno i parametri di qualità che verranno richiesti per la valutazione del risultato generale e riferito a ciascun ente e/o istituzione coinvolto nel progetto, ciò al fine di superare la logica dell'auto referenzialità.

In Trentino oggi è attivo un Ser.T. presente sul territorio con tre sedi: Trento (sede centrale) Rovereto e Riva del Garda.

Le sedi sono aperte sei giorni su sette e nei giorni festivi la continuità assistenziale degli utenti, in trattamento con farmaci sostitutivi, è garantita dalle U.O. di Pronto Soccorso di tutti gli ospedali.

Questa soluzione si è dimostrata nel tempo la più idonea considerata la particolare struttura del territorio della provincia di Trento.

Le Comunità terapeutiche iscritte all'albo sono 6 di cui 4 convenzionate con l'Azienda provinciale per i Servizi sanitari.

Le Case Circondariali sono due: Trento e Rovereto.

Le Cooperative di reinserimento lavorativo che normalmente assumono pazienti tossicodipendenti sono 11 su tutto il territorio provinciale.

Le Associazioni di volontariato maggiormente coinvolte nel fenomeno tossicodipendenza sono 16.

Tradizionalmente il Servizio per le Tossicodipendenze è separato dal Servizio che si occupa di alcool dipendenza.

Il Servizio di Educazione alla salute è collocato in un'altra Direzione Centrale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e lavora in stretta collaborazione con il Servizio per le Tossicodipendenze.

2.5. Conoscere la tipologia dei pazienti presenti nella realtà locale

La tossicodipendenza può avere delle manifestazioni diverse nelle singole realtà, è influenzata: dalle caratteristiche culturali locali, dalla scolarizzazione, dalla presenza o meno d'opportunità lavorative e/o assistenziali, dalla maggiore o minore diffusione delle sostanze e dai tratti caratteriali del singolo paziente.

Tutte queste variabili determinano una tipologia di utenza prevalente che, in una determinata realtà, accede ai servizi e ne condiziona quindi il modello organizzativo per due ordini di ragioni:

- per predisporre trattamenti differenziati (in questo caso la finalità è di tipo clinico);
- per modulare l'assetto organizzativo (in questo caso la finalità è di tipo organizzativo).

Stante queste considerazioni ne deriva che risulta indispensabile predisporre dei flussi informativi in grado di fornire ciclicamente dati epidemiologici significativi e predisporre un osservatorio specialistico per la loro lettura.

Il Servizio per le Tossicodipendenze ha attivato dal 2000 uno strumento informatico "Ippocrate" per la rilevazione in tempo reale dei dati statistici e di attività e pubblica annualmente una relazione consuntiva sul fenomeno.

Non sono al momento accessibili i dati relativi all'attività autonoma del privato sociale.

Per quanto riguarda l'analisi del fenomeno a livello locale si fa riferimento all'obiettivo n. 1 della Deliberazione PAT n. 2703 ed alla recente pubblicazione a cura della Provincia Autonoma di Trento del documento per la salute n. 14: le tossicodipendenze in Trentino - tendenze e strategie.

2.6. Valutazione dei risultati

Le strutture coinvolte in una rete di assistenza ai tossicodipendenti sono organizzazioni socio-sanitarie complesse: hanno a disposizione risorse definite (input) che, elaborate con l'immissione di valore aggiunto, dato dal "know how" dei professionisti e dall'assetto organizzativo (processi), producono interventi che si concretizzano nei progetti terapeutici (output).

I progetti terapeutici sono proposti all'utenza che afferisce e la risultante fra il progetto terapeutico proposto, il paziente e la realtà in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico (outcome).

L'outcome quindi è dato dalla complessa interazione fra l'attività del servizio, la tipologia dei pazienti e l'ambiente sociale, culturale e politico di contesto.

Date queste premesse, ne consegue che uno stesso progetto terapeutico presentato a soggetti diversi produce outcome differenti e lo stesso servizio dislocato in ambienti socio-culturali diversi produce outcome differenti.

Una griglia per la valutazione dei risultati quindi deve innanzitutto separare nettamente l'output che dà il grado di efficienza della struttura, dall'outcome che esprime il grado di efficacia.

Efficienza

Con il termine **efficienza** di una struttura socio sanitaria, si intende la capacità di produrre interventi *utili*, ad accrescere lo stato di salute o ad evitare nuova patologia, con il minor impiego di risorse possibili.

La sottolineatura dell'aggettivo "utili" significa che:

- ogni prestazione che il servizio eroga è stata preventivamente analizzata nella logica dell'evidence based ed è ritenuta valida per la realizzazione degli interventi erogati;
- è stato formalizzato un accordo fra i professionisti su quale prestazione viene registrata in una determinata situazione clinica.

Un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso con l'utente, costituisce un intervento specifico.

Nelle strutture che operano nel campo delle tossicodipendenze, essendo per definizione servizi multi disciplinari, avremo interventi specifici d'area psicologica, sociale e sanitaria.

Un insieme coordinato di interventi d'area, con obiettivi e criteri di valutazione di risultato definiti, costituisce il progetto terapeutico individuale che il servizio presenta al paziente.

Stante queste premesse **l'efficienza di un'organizzazione socio sanitaria che si occupa di tossicodipendenza si misura nella capacità della stessa di produrre progetti terapeutici utili ad accrescere lo stato di salute o ad evitare nuova patologia con il minor impiego di risorse possibili.**

L'efficienza di una struttura si suddivide in:

- **efficienza produttiva**, esprime il rapporto esistente tra le risorse impiegate ed il numero di prestazioni utili erogate, quindi è una caratteristica interna dell'organizzazione;
- **efficienza allocativa**, esprime la percentuale del bisogno complessivo di prestazioni utili, erogate da una determinata struttura, quindi è una caratteristica dell'organizzazione rapportata alla rete assistenziale.

Efficacia

In qualsiasi organizzazione la valutazione dell'efficacia è intesa come la determinazione dei risultati conseguiti con una specifica attività, intrapresa per raggiungere un obiettivo dichiarato, a cui è stato assegnato un determinato valore.

In una organizzazione socio-sanitaria, con la valutazione dell'efficacia (output) si vuole verificare se gli interventi attuati hanno prodotto i risultati sperati, se hanno soddisfatto i clienti utenti e se hanno modificato in senso positivo o negativo una determinata situazione.

Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i tossicodipendenti però, come per qualsiasi altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso a modificare comportamenti e stili di vita, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati riscontrati; infatti, molto spesso, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili ambientali.

Alla luce di quanto sopra è chiaro che, nella valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze, non possiamo applicare la stessa metodologia che utilizziamo per documentare l'efficacia di un determinato farmaco in una specifica patologia, situazione in cui il rapporto causa-effetto è chiaro.

La particolarità di questo settore impone di separare l'esito specifico di un determinato intervento d'area, ad esempio una terapia farmacologica o una psicoterapia, in cui più evidente è il rapporto causa-effetto; dall'esito globale del progetto terapeutico che, aspirando ad un cambiamento di un comportamento o di uno stile di vita, è più soggetto ad influenze esterne al progetto non governabili.

Efficacia dei progetti terapeutici nel settore delle tossicodipendenze

In un approccio bio-psico-sociale della tossicodipendenza, la situazione ottimale vede operare congiuntamente ed integrati: gli interventi dei medici, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali e degli psicologi, per cui i singoli interventi d'area devono essere amalgamati in un progetto complessivo d'équipe in cui convergono le finalità dei singoli interventi d'area.

È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessario il contemporaneo intervento di tutte le figure professionali, in quanto non richiesto dal paziente o non ritenuto utile dall'équipe per raggiungere l'obiettivo definito e concordato con l'utente.

Anche in questi casi però la responsabilità del progetto complessivo deve essere dell'équipe multi disciplinare e deve essere formalizzata in una riunione specificamente dedicata. Affidare la titolarità di tutti i progetti terapeutici ad un'équipe

multi disciplinare, è uno strumento di tutela sia del paziente sia degli operatori; riduce infatti la possibilità di “fughe terapeutiche” e di burn out.

Come accennato precedentemente uno stesso progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile arrivare ad identificare delle coorti sufficientemente omogenee di pazienti.

I criteri utilizzati per la valutazione di un progetto terapeutico devono comunque essere esplicitati e condivisi dal paziente ed il risultato raggiunto deve essere inteso come lo specchio dello stadio del cambiamento che servizio e utente insieme hanno ottenuto.

Al momento in Trentino il Ser.T. sta sperimentando un modello per la valutazione dell'efficienza produttiva ed allocativa e dell'efficacia dei progetti terapeutici erogati.

2.7. Controllo della spesa

Anni fa la prerogativa di molte strutture pubbliche, di qualsiasi genere, era quella di produrre servizi o prodotti senza porre attenzione al rapporto finale tra risorse impiegate e risultati ottenuti. Il mutamento degli scenari organizzativi aziendali nel settore pubblico, il cambiamento dell'ottica politico-amministrativa nella gestione del “pubblico” hanno progressivamente imposto ai dirigenti di Unità Operative e/o Servizi di pensare e gestire le proprie realtà con criteri nuovi. È importante allora predisporre dei sistemi per monitorare il rapporto esistente fra il costo della struttura, del progetto terapeutico erogato, dell'intervento d'area specifico e persino della singola prestazione e l'efficacia degli stessi.

Al momento, al Ser.T. è in fase di studio un progetto per l'analisi dei costi benefici nel settore delle tossicodipendenze.

B. Progettazione organizzativa del Servizio per le tossicodipendenze di Trento

La progettazione organizzativa si declina nella ricerca delle soluzioni possibili che consentono di ottenere determinati comportamenti di lavoro finalizzati al raggiungimento delle aspettative che le parti interessate ripongono sia sulla rete assistenziale nel suo complesso, sia su ogni singolo servizio.

È bene tener presente che le parti interessate nel settore delle dipendenze sono multifforme e le aspettative, tutte più o meno legittime, possono essere di conseguenza diametralmente opposte per cui diventa indispensabile concordare con gli stakeholders di riferimento quali aspettative sono da considerare prioritarie.

1. Progettazione organizzativa di un Ser.T. in una logica aziendale

1.1. La mission

La missione esplicitata nel regolamento interno dell'APSS di Trento è conforme a quanto previsto in quasi tutte le ASL: assistere la popolazione di tossicodipendenti e le loro famiglie, perseguendo la prevenzione del fenomeno e il completo recupero dei soggetti alla società.

I Servizi per le Tossicodipendenze però, in tutto il territorio nazionale, sono spesso al centro dell'attenzione di portatori

d'interessi, tra cui i pazienti/clienti, gli amministratori, i politici e i gruppi di pressione in generale che hanno spesso visioni completamente opposte su come missioni di questo tipo debbano essere declinate nello specifico.

La necessità di ricomporre posizioni ideologiche contrapposte, ha indotto l'amministrazione centrale ad emanare uno specifico provvedimento legislativo: l'Accordo Stato Regioni del 21/01/1999, che stabilisce, nel dettaglio, quali sono le prestazioni che i Ser.T. devono garantire per operare.

“Fatta salva l'emanazione di norme specifiche in materia d'accreditamento, tra le prestazioni che il servizio (Ser.T.) dovrebbe garantire per poter operare, devono essere comprese le seguenti:

- pronta accoglienza e diagnosi;
- terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- attività di screening prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- psicodiagnosi e attività di sostegno e di counseling;
- attività di riabilitazione;
- focal point della ricerca epidemiologica e sociale;
- partecipazione all'attività del dipartimento”.

L'organizzazione del Servizio tossicodipendenze di Trento permette l'erogazione di tutte le prestazioni previste dall'Accordo Stato Regioni.

La carta dei servizi è il documento attraverso il quale queste attività sono rese pubbliche.

1.2. La vision

Come detto precedentemente la “filosofia” di un servizio è data dalla risultanza di due componenti: la cultura degli operatori che vi lavorano e la cultura collettiva che si esprime attraverso i provvedimenti legislativi.

Al momento la “cultura collettiva” più recente fa riferimento sempre al su citato accordo stato regioni che, nella parte dedicata ai principi ispiratori delle attività assistenziali, testualmente recita:

“Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da un'effettiva richiesta di intervento terapeutico, ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento drug-free e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio. L'obiettivo generale è quello di tutelare la salute del soggetto (globalmente intesa), un compito che comprende una lista di possibili obiettivi specifici, da quello – più ambizioso e non sempre immediatamente perseguibile – di una completa riabilitazione a quello più limitato, ma non per questo da trascurare, dell'induzione di uno stile di vita meno rischioso. Ugualmente non è adeguata la persistenza del concetto di irrecuperabilità: qualunque utente deve ricevere, ovviamente sotto diverse forme, tutto l'aiuto possibile con un serio lavoro che gli consenta di raggiungere una condizione di personale benessere”.

La visione prevalente degli operatori di questo Ser.T. si identifica con l'approccio bio-psico-sociale precedentemente illustrato. Questa filosofia d'intervento è esplicitata nella carta dei servizi, a disposizione di tutti i clienti/utenti.

Nella pratica quotidiana i valori espressi dalla cultura collettiva possono integrarsi o contrastare con i valori propri di ciascun operatore, la risultanza è un complesso d'opinioni, in continua evoluzione, che ciclicamente necessita di essere ridefinito, o quanto meno portato ad un livello cosciente. L'assetto organizzativo, al riguardo, prevede un tempo istitu-

zionale specificamente dedicato: sono previsti cioè, ogni anno, undici incontri di formazione interna dedicati alla revisione della vision attraverso lezioni magistrali monotematiche e/o presentazione di casi clinici particolari.

1.3. La scelta organizzativa

La scelta organizzativa prevede cinque componenti fondamentali: il vertice strategico, il nucleo operativo, la linea intermedia, lo staff di supporto e la struttura tecnico/amministrativa.

Il vertice strategico è impersonato dalla figura del responsabile che: assicura che l'U.O. assolva alle finalità previste dal mandato istituzionale, risponde, per quanto di competenza, alle richieste dei gruppi di interesse (stakeholders), supervisiona l'organizzazione, gestisce le relazioni con l'ambiente esterno e formula le strategie generali allineandosi con le indicazioni dell'APSS.

L'équipe multi disciplinare rappresenta il nucleo operativo di base.

L'équipe è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo e dall'assistente sociale.

L'équipe è il contesto all'interno del quale sono elaborati ed attuati i diversi interventi rivolti all'utenza che, di norma, si strutturano attraverso tre fasi strettamente correlate fra loro: l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico.

L'attività d'accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto legata alla tossicodipendenza.

La persona che si rivolge al servizio per la prima volta o dopo un periodo d'assenza, è accolta senza tempi d'attesa.

La scelta di accogliere tempestivamente la richiesta d'aiuto è finalizzata a rendere il più agevole possibile il primo contatto e nello stesso tempo vuole veicolare l'immagine di un servizio ricettivo e facilmente accessibile.

Nello spazio dell'accoglienza si raccolgono e si comunicano informazioni.

Nello specifico gli obiettivi del primo contatto consistono nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione d'alcuni dati preliminari utili per un'iniziale e provvisorio inquadramento del problema portato, nell'indicazione degli interventi sia farmacologici sia psico sociali attivabili fin da subito ed infine nella presentazione delle ulteriori opportunità che il servizio può offrire.

I dati raccolti sono discussi all'interno dell'équipe multi disciplinare e, sulla base degli elementi emersi, si stabilisce se e quali interventi attivare ed i possibili tempi d'attuazione degli stessi.

Di norma dopo il primo contatto si apre una fase valutativa-diagnostica che, a seconda della peculiarità e priorità presentate dalla situazione considerata, può vedere impegnate contemporaneamente o in tempi diversi una o più figure professionali.

La fase della valutazione può essere definita come l'insieme d'attività che consente una conoscenza più approfondita del caso e che permette di formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato sui bisogni del singolo utente.

La valutazione psicologica è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la psico dinamica delle sue relazioni familiari ed il significato soggettivo dell'esperienza tossicomane; è inoltre volta ad individuare le risorse psicologiche mobilitabili ai fini del cambiamento.

La valutazione sociale permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita dei pazienti e gli eventuali problemi giuridici connessi alla tossicodipendenza.

La valutazione medica permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM IV, di abuso o dipendenza da sostanze e di avere un quadro sufficientemente chiaro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di una comorbilità psichiatrica.

La fase della presa in carico comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del soggetto.

Il progetto terapeutico è sempre concordato con l'utente seguendo una norma contrattuale, intendendo con ciò la ricerca di un attivo coinvolgimento del paziente non solo sul piano del consenso, ma anche rispetto alla definizione degli obiettivi, dei reciproci impegni e dei criteri di verifica di risultato.

In questa prospettiva la dimensione temporale assume una valenza terapeutica particolarmente significativa per diversi aspetti.

È solo in un arco di tempo medio lungo che l'iniziale domanda d'aiuto del tossicodipendente, solitamente urgente e volta all'intervento farmacologico, può evolvere in una richiesta più elaborata che consente di attuare progetti terapeutici più articolati.

Parallelamente è solo nel tempo che è possibile verificare l'efficacia delle scelte terapeutiche adottate in ogni specifica situazione.

Periodicamente l'équipe multi disciplinare discute l'evoluzione degli interventi programmati attivando un processo di continua riformulazione degli obiettivi, in relazione all'esito degli interventi messi in atto e delle risorse in quel momento attivabili.

Nella realtà del Servizio per le Tossicodipendenze del Trentino sono presenti quattro équipe multi disciplinari territoriali: due a Trento, convenzionalmente indicate come Trento est e Trento Ovest, una a Rovereto e una a Riva del Garda.

Sono altresì effettive altre due équipe che operano esclusivamente nelle Case Circondariali di Trento e Rovereto.

Le équipe territoriali hanno incontri di verifica settimanali mentre per le équipe che operano all'interno delle case circondariali gli incontri sono quindicinali.

Tutti gli operatori sono dotati di un terminale informatico collegato in rete (intranet), i dati relativi ad ogni paziente sono raccolti e organizzati in una cartella informatizzata che mette a disposizione, in tempo reale, tutti i dati a tutti gli operatori abilitati.

Un server, gestito dal Servizio Sistemi Informativi dell'APSS, funziona da banca dati centralizzata (allegati 1 e 2).

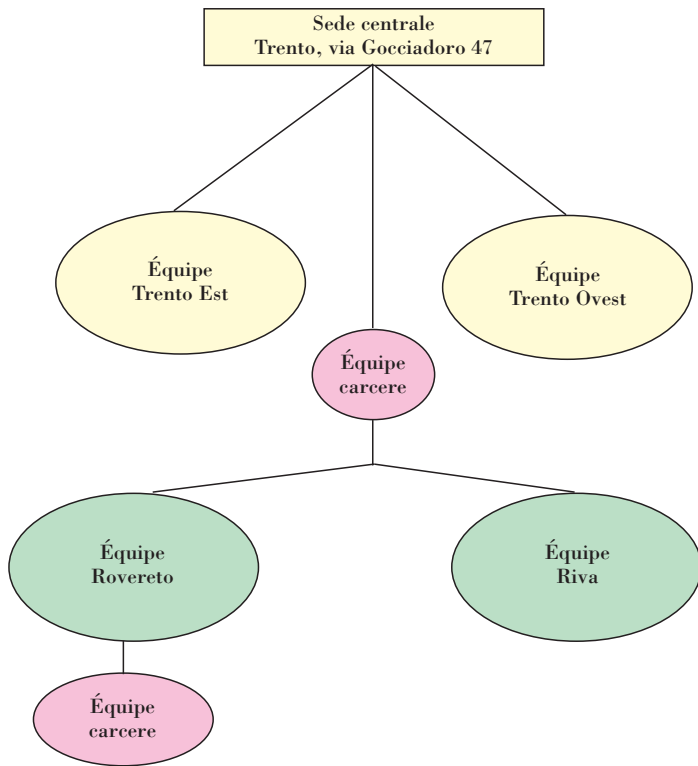
La linea intermedia è costituita dai coordinatori d'area.

Per ogni figura professionale, medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri ed amministrativi, è stato nominato formalmente un coordinatore d'area.

Questa figura rappresenta la linea di congiunzione e di comunicazione bidirezionale fra il vertice strategico e le differenti figure professionali.

Ciascun coordinatore d'area ha il compito di presiedere le riunioni quindicinali d'area in cui: vengono valutati i risultati in termini di output, rilevati automaticamente dal sistema di controllo di gestione informatizzato, relativo a ciascuna figura professionale e/o operatore; vengono raccolte le osservazioni e le proposte finalizzate al miglioramento continuo del

Allegato 1 - L'équipe multi disciplinare rappresenta la struttura operativa di base



servizio, viene predisposto il miglior assetto organizzativo possibile compatibile con le risorse presenti (orario, turni di guardia, piano ferie, aggiornamenti ecc.).
I report di attività e le eventuali proposte di modifica organizzativa vengono discusse nelle riunioni dello staff di supporto.

Lo staff di supporto o tavolo dei coordinatori è il cuore pulsante del sistema, da un punto di vista organizzativo, una struttura che lavora congiuntamente con il vertice strategico; vi fanno parte il responsabile e i coordinatori d'area, si riunisce una volta al mese.

Nelle riunioni ogni coordinatore d'area riporta i risultati riferiti alla sua figura professionale in termini di output, le osservazioni e/o esigenze dell'area e le eventuali modifiche organizzative proposte.

Il ruolo di questa struttura è quello di: monitorare l'andamento del servizio in termini di efficienza ed efficacia, integrare e coordinare le varie proposte di modifiche organizzative rispettando la vision ed il mandato istituzionale del servizio in una logica di miglioramento continuo della qualità.

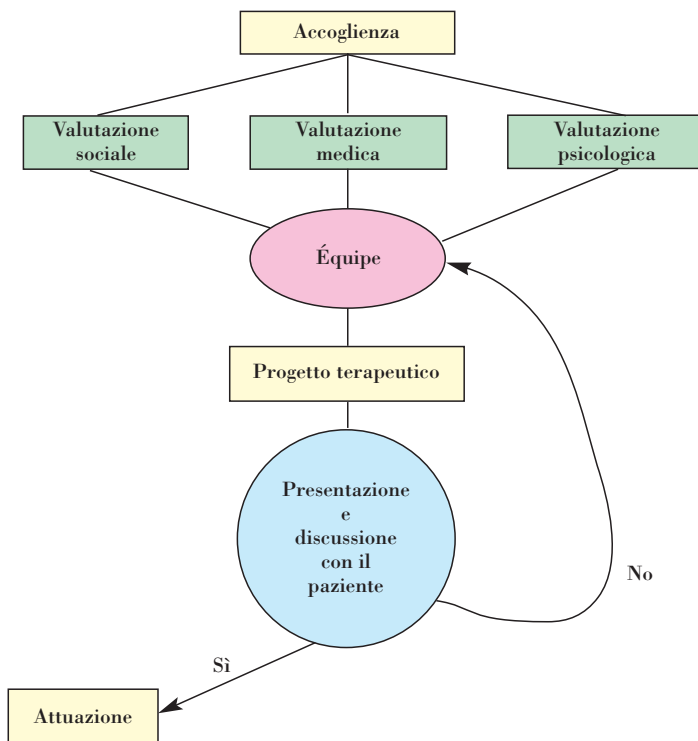
La responsabilità decisionale rimane al vertice strategico anche se, in queste riunioni, sono esplicitate le motivazioni che giustificano gli atti e si cerca di raggiungere sempre la condivisione sulle scelte strategiche.

Ovviamente sarà poi compito dei coordinatori d'area rendere partecipi, a cascata, i singoli operatori sulle novità deliberate e rilevarne gli effetti che le stesse producono attuando così un percorso circolare d'adattamento continuo.

La struttura tecnico/amministrativa ha funzioni di supporto alle altre componenti ed è composta da due tipi di operatori: gli amministrativi e gli operatori tecnici.

Questi soggetti non sono direttamente coinvolti nei processi d'erogazione delle prestazioni rivolte all'utenza, ma forniscono servizi trasversali che rendono possibile la realizzazione di molte attività specifiche del Ser.T.

Allegato 2 - Come lavora l'équipe



1.4. Differenziazione Integrazione

In un Ser.T. operano diverse figure professionali: i medici, gli infermieri, gli psicologi, gli assistenti sociali e gli amministrativi. Ognuna di queste figure eroga delle prestazioni particolari ed ha una sua differenziazione professionale e culturale. La necessità di chiarire i ruoli che ciascuna figura professionale svolge nell'ambito del servizio ha richiesto una precisa definizione delle prestazioni e degli interventi specialistici d'area.

Contestualmente il servizio si è impegnato ad elaborare un sistema interno di controllo di gestione in modo da poter governare il carico di lavoro ed il grado di efficienza allocativa rapportata alle singole aree professionali.

Il fabbisogno di integrazione dei singoli operatori, che ovviamente è un processo dinamico, trova la sua risposta nella riunione settimanale d'équipe in cui gli interventi d'area messi in campo dai diversi professionisti vengono assemblati nel progetto terapeutico complessivo orientato verso un obiettivo chiaro e concordato con l'utente.

In questa riunione particolare attenzione viene posta al significato che un intervento d'area assume nel contesto più ampio del progetto terapeutico sia riferito al vissuto del paziente/utente sia riferito all'operare delle altre figure professionali coinvolte.

Il bisogno di integrazione riguarda però anche l'organizzazione nel suo complesso in quanto l'analisi dei risultati prodotti e/o il modificarsi di alcuni elementi dell'input, ad esempio l'aumento o la diminuzione di un'unità di personale, comporta inevitabilmente continui aggiustamenti organizzativi.

Inoltre, l'evoluzione culturale di ogni singolo operatore o anche la normale routine genera momenti di riflessione o richieste di modifiche soprattutto in quelle aree di attività caratterizzate dalla sovrapposizione o non chiara definizione dei rispettivi ambiti di competenza.

Per rispondere a questi bisogni si attivano due strumenti: le riunioni mono professionali d'area, a cadenza quindicinale della durata di due ore, e le riunioni del tavolo dei coordinatori a cadenza mensile.

1.5. Controllo di gestione

Pensare di applicare la metodologia del Total Quality Management al sistema di erogazione dei servizi per le tossicodipendenze è senz'altro cosa estremamente interessante e utile, ma non vi è dubbio che la complessità da affrontare è molto alta e le soluzioni da ricercare non sempre immediate.

I dubbi sulla fattibilità di una avventura di questo genere sono molti; dal nostro punto di vista i fattori interferenti più importanti derivano: dal tipo di servizio da erogare in relazione alla particolare utenza e dalla scelta terapeutica di fondo, di ogni agenzia che fa parte della rete dei servizi.

Come si può intuire, la strada per riconvertire i servizi e l'intero sistema delle dipendenze patologiche su logiche di TQM è ancora molto lunga; per quanto riguarda questo Ser.T. si è deciso di partire prestando attenzione: alle risorse impiegate (input), alla correttezza scientifica ed all'appropriatezza delle metodologie produttive (processi), ai risultati in termini di prestazioni erogate (output) per passare successivamente ad una prima analisi degli esiti dei trattamenti (outcome).

Una volta chiariti alcuni elementi determinanti l'input, ovvero il numero degli operatori suddivisi per qualifica professionale, il numero delle sedi di attività del servizio, il numero degli uffici messi a disposizione, il numero delle scrivanie disponibili e, non ultimo, il numero di personal computer, si è provveduto alla costituzione di una rete (intranet) che collega tutte le postazioni con un server centrale.

Successivamente è stato realizzato un software specifico, la cartella clinica informatizzata "Ippocrate", quale strumento agile e condiviso per la raccolta di tutti i dati relativi a ogni paziente. La struttura di questa cartella permette a ciascun operatore di inserire le prestazioni, gli interventi d'area effettuati ed i progetti terapeutici complessivi realizzati, con il rispettivo codice identificativo e relativa descrizione, operando esattamente come su un supporto cartaceo.

Ciascuna figura professionale ha, in questa cartella informatizzata, una parte di competenza sia nella raccolta delle informazioni generali utili per un inquadramento diagnostico del singolo utente, sia nella valutazione prognostica e di risultato specifica.

Il ruolo di integrazione dell'équipe nella definizione del progetto terapeutico personalizzato, composto dai singoli interventi d'area, ha una sua specifica configurazione.

Questo software inoltre consente di ricavare, in tempo reale, l'output delle prestazioni e dei trattamenti e fornire informazioni statistiche significative sulla tipologia di utenza che accede al servizio.

I dati statistici raccolti sono in linea con le indicazioni dell'OEDT (Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze). L'attenzione alla coerenza scientifica delle metodologie produttive impiegate, ovvero i processi di produzione, ha portato alla segmentazione dell'attività complessiva del servizio nelle sue componenti elementari e si è proceduto, per le più importanti, alla definizione di specifici protocolli operativi d'intervento che naturalmente vanno considerati come strumenti in continua evoluzione.

1.5.1. Analisi di procedura per la valutazione dell'efficienza

L'efficienza produttiva è il rapporto fra il numero di interventi erogati e il numero di risorse impiegate per area (numero di operatori).

Nel dettaglio è data dall'analisi comparata dei seguenti dati:

- numero di prestazioni totali erogate dall'area/numero di operatori in servizio. Questo rapporto dà il numero medio di prestazioni erogate da ciascun operatore;
- numero di interventi d'area erogati/numero di operatori in servizio. Questo rapporto dà il numero medio di interventi d'area erogati da ciascun operatore;
- numero di pazienti in carico totali/numero di operatori in servizio. Questo rapporto dà il numero medio di pazienti in carico per operatore.

All'interno dell'area medica, sociale e psicologica il contributo di ciascun operatore è dato dall'analisi comparata dei seguenti dati:

- numero di prestazioni individuali/numero medio di prestazioni d'area $\times 100$. Questo dato esprime la variazione, in più o in meno, del contributo individuale rispetto alla media del servizio;
- numero di interventi d'area individuali/numero medio di interventi d'area $\times 100$. Questo dato esprime la variazione, in più o in meno, del contributo individuale rispetto alla media del servizio;
- numero di pazienti in carico individuali/numero medio di pazienti in carico $\times 100$. Questo dato esprime la variazione, in più o in meno, del contributo individuale rispetto alla media del servizio.

Si parla di analisi comparata perché il dato rilevato in una delle variabili presa in considerazione deve essere compatibile con le altre.

All'interno dell'area degli I.P. la valutazione al momento è limitata alle sole prestazioni non essendo ancora definiti gli interventi d'area.

L'obiettivo di questo monitoraggio è la distribuzione omogenea dei carichi di lavoro su ciascun operatore per area.

Questo dato è indispensabile per poter negoziare la dotazione d'organico del servizio rapportata agli interventi specifici d'area e complessivi della struttura nella negoziazione di budget con la direzione sovrastante.

Altro dato da rilevare è il numero di ore di assistenza diretta al paziente. Ogni professionista tutte le volte che eroga una prestazione specialistica ad un paziente registra nel diario clinico della cartella informatizzata la prestazione, la descrizione

ne di quanto fatto ed il tempo occorso per la sua realizzazione e trascrizione. L'applicativo Ippocrate consente in tempo reale di sapere per ciascun operatore, in un dato intervallo di date, il numero, la tipologia delle prestazioni erogate ed il tempo speso.

Questo dato viene poi rapportato ai carichi di lavoro individuali definiti nelle schede personali elaborate ad inizio anno per documentare se ciascun operatore può eseguire tutti gli incarichi che gli sono stati affidati o se questi devono essere modificati.

Limitatamente all'area comparto il numero di ore media/settimana, (escludendo le ferie ecc.) è 28, con un massimo di 36 contrattuali.

Per la dirigenza esiste un maggior grado di flessibilità, l'impegno orario minimo previsto in sede contrattuale è di 38 ore settimanali che però può essere superato per la realizzazione degli incarichi compresi fra i progetti incentivabili del budget.

Nel dettaglio: se, ad esempio, un operatore impiega 15 ore settimanali per le attività di assistenza diretta del paziente, documentate dalle variabili di cui sopra, a queste bisogna aggiungere l'impegno orario necessario per eseguire gli altri incarichi concordati nella scheda individuale sottoscritta all'inizio dell'anno. Il monitoraggio dell'efficienza del servizio è compito specifico dei coordinatori d'area, l'analisi dei dati deve essere condivisa con il singolo operatore in una riunione d'area e presentata alla dirigenza, nelle riunioni di coordinamento specificamente dedicate. Per quanto riguarda l'analisi dei costi, al momento si fa riferimento ai report trimestrali del Servizio controllo di gestione dell'APSS.

L'applicativo Ippocrate consente però di sapere il numero e la tipologia delle prestazioni, degli interventi d'area e dei progetti terapeutici erogati al singolo paziente in un intervallo di date; è possibile quindi elaborare un costo tariffato per singolo paziente.

Codice interno	Prestazione	Codice Provinciale
<i>M = medici</i>		
M1	Visita medica internistica 1ª visita	89,7
M2	Visita medica internistica di controllo	89,01
M3	Visita psichiatrica 1ª visita	94,19,01
M4	Visita psichiatrica di controllo	94,12,1
M5	Psicoterapia individuale	94,3
M6	Psicoterapia familiare	94,42
M7	Certificazione di Tossicodipendenza	89,01
M8	Relazione medica su casi specifici	89,7
M9	Counseling sul paziente	94,09
M10	Counseling su i familiari	94,08,6
M11	Colloquio motivazionale	94,09
M12	Colloquio informativo	94,09
M14	Visita di consulenza	89,7
M15	Visita domiciliare	89,7
M16	Accettazione/invio altro Ser.T.	89,01
M17	Intervento di rete	Non esiste
M18	Controllo terapia	89,7
M19	Interventi di prevenzione primaria a singoli	94,09
M20	Interventi di prevenzione primaria a gruppi	94,08,6
M21	Interventi didattici	Non esiste
<i>IP = infermieri professionali</i>		
IP1	Counseling sul paziente	94,09
IP2	Counseling sui familiari	94,08,6
IP3	Colloquio motivazionale	94,09
IP4	Colloquio informativo	94,09
IP6	Accettazione/invio altro Ser.T.	Non esiste
IP7	Test urinari	90,18,3
IP8	Somministrazione di farmaci	94,65
IP9	Affido di farmaci	94,65
IP10	Medicazione	96,59
IP11	Controllo parametri vitali	Non esiste
IP12	Terapia iniettiva	99,29
IP13	Assistenza visita internistica	Non esiste
IP14	Assistenza visita ginecologica	Non esiste
IP15	Raccolta/invio materiali biologici	91,49,3
IP16	Monitoraggio induzione terapia	Non esiste

<i>P = psicologi</i>		
P1	Primo colloquio	94,09
P2	Colloquio clinico individuale	94,09
P3	Psicoterapia individuale	94,3
P4	Colloquio clinico di coppia	94,42
P5	Psicoterapia di coppia	94,42
P6	Colloquio clinico familiare	94,44
P7	Psicoterapia familiare	94,44
P8	Colloquio clinico congiunto	94,09
P9	Psicoterapia congiunta	94,3
P10	Intervento di gruppo	94,44
P11	Psicoterapia di gruppo	94,44
P13	Somministrazione di test	94,08,5
P14	Consulenza individuale op. esterni	94,09
P15	Consulenza di gruppo op. esterni	94,08,6
P17	Interventi didattici	Non esiste
P18	Refertazione test psicodiagnostico	94,01,2
P22	Relazione art.75 e 90 DPR 309/90	Non esiste
P23	Intervento di rete	Non esiste
P24	Relazione psicologia su casi specifici	Non esiste

<i>A = assistenti sociali</i>		
A1	Intervento di segretariato sociale	Non esiste
A2	Interventi di prev. e prom. sociale in sede	Non esiste
A3	Attività di consulenza	Non esiste
A4	Intervento di rete in sede	Non esiste
A5	Colloquio di cons. e valut. dell'utenza	Non esiste
A6	Colloquio di cons. e valut. della rete familiare	Non esiste
A7	Colloquio di sostegno e riabilit. all'utenza	Non esiste
A8	Colloquio di sostegno e riabilit. rete familiare	Non esiste
A9	Visita domiciliare	Non esiste
A10	Interventi didattici	Non esiste
A11	Relazioni art 75 e 90 DPR 309/90	Non esiste
A12	Interventi di prev. e prom. sociale fuori sede	Non esiste
A13	Attività di consulenza fuori sede	Non esiste
A14	Intervento di rete fuori sede	Non esiste
A15	Primo colloquio (accoglienza)	Non esiste

<i>OP = Operatori tecnici</i>		
OO.P.1	Funzioni di portiere	Non esiste
O.P.2	Funzioni di centralinista	Non esiste
O.P.	Funzioni di supporto agli amministrativi	Non esiste

<i>AMM = Amministrativi</i>		
Gestione burocratica attività del servizio		Non esiste

1.6. Valutazione dei risultati

Come detto precedentemente, in qualsiasi organizzazione la valutazione dell'outcome è intesa come la determinazione dei risultati conseguiti con una specifica attività, intrapresa per raggiungere un obiettivo dichiarato, a cui è stato assegnato un determinato valore.

In una organizzazione socio-sanitaria, con la valutazione dell'outcome si vuole verificare se gli interventi attuati hanno prodotto i risultati sperati, se hanno soddisfatto i clienti utenti e se hanno modificato in senso positivo o negativo una determinata situazione.

Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i tossicodipendenti però, come per qualsiasi altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso a modificare comportamenti e stili di vita, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati riscontrati; infatti, molto spesso, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili ambientali.

Alla luce di quanto sopra e come già riportato nell'articolo, è chiaro che, nella valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze, non possiamo applicare la stessa metodologia che utilizziamo per documentare l'efficacia di un determinato farmaco in una specifica patologia, situazione in cui il rapporto causa-effetto, è chiaro.

La particolarità di questo settore impone di separare l'esito specifico di un determinato intervento d'area, ad esempio una terapia farmacologica o una psicoterapia, in cui più evidente è il rapporto causa-effetto; dall'esito globale del progetto terapeutico che, aspirando ad un cambiamento di un comportamento o di uno stile di vita è più soggetto ad influenze esterne al progetto non governabili.

La valutazione degli interventi d'area quindi risponde maggiormente al rapporto causa-effetto per cui diventa più agevole definire degli indicatori di risultato attendibili mentre la valutazione globale del progetto terapeutico deve essere intesa come lo specchio dello stadio del cambiamento che servizio e utente insieme hanno raggiunto e pertanto deve essere limitata al segmento di percorso considerato dall'intervallo di date. Nel nostro modello, la griglia per la valutazione dell'outcome, nel tentativo di ridurre al massimo l'interferenza dei fattori esterni interferenti e non controllabili, prevede l'analisi delle seguenti variabili:

- il prodotto offerto, ovvero le tipologie dei progetti terapeutici erogati;
- gli obiettivi che il singolo progetto terapeutico si propone di raggiungere;
- le caratteristiche del servizio erogante;
- la tipologia di utenza a cui è rivolto il progetto terapeutico;
- le caratteristiche culturali e politiche della realtà in cui opera.

Nelle "caratteristiche culturali e politiche" sono compresi tutti i riferimenti legislativi, strutturali ed organizzativi che caratterizzano la struttura che eroga i progetti terapeutici e la realtà in cui opera.

Struttura del prodotto

Le prestazioni

Per arrivare a definire la struttura del prodotto "progetto terapeutico" siamo partiti dai suoi costituenti elementari ovvero le prestazioni che ciascuna figura professionale operante nel servizio eroga secondo i dettami dell'evidence based.

Tutte le prestazioni sono state codificate ed è stato predisposto un sistema informativo (Ippocrate) che consente, a ciascun operatore, di registrare in tempo reale, sul record individuale del paziente, la prestazione fornita, il relativo commento esplicativo ed il tempo richiesto per la sua realizzazione.

L'operatore, nella registrazione della prestazione, inserisce il tempo effettivo impiegato per erogare la prestazione e per registrarla nella cartella informatizzata.

Il sistema informativo utilizzato consente, in tempo reale, di conoscere il numero, la tipologia della prestazione ed il tempo dedicato al paziente suddiviso per operatore e/o utente nell'intervallo di date richiesto.

Recentemente è stato realizzato il sistema di conversione di queste prestazioni con la griglia elaborata nel progetto SESIT.

Gli interventi d'area

Un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso, costituisce un intervento d'area.

Nel Ser.T., che per definizione è un servizio multi disciplinare, abbiamo interventi d'area psicologica, sociale e sanitaria.

Area psicologica

Accoglienza e valutazione psicologica
Sostegno psicologico individuale
Sostegno psicologico familiare
Sostegno psicologico di coppia
Sostegno psicologico di gruppo
Psicoterapia individuale
Psicoterapia familiare
Psicoterapia di coppia
Psicoterapia di gruppo

Area sociale

Definizione e follow up inserimento lavorativo
Definizione e follow up inserimento in C.T.
Definizione e follow up detenzione
Definizione e follow up art. 75 e 121
Accoglienza e valutazione sociale
Sostegno sociale individuale
Sostegno sociale familiare
Sostegno sociale di coppia
Sostegno sociale di gruppo
Definizione e follow up misure alternative alla detenzione

Identificare gli obiettivi specifici e i criteri di valutazione dei risultati negli interventi d'area psico sociale è risultato difficile perché molte sono le variabili che entrano in gioco; per ovviare parzialmente a queste difficoltà si è pensato di individuare dei fattori prognostici da ricercare, in ogni singolo paziente, prima e dopo l'intervento d'area.

Naturalmente riconosciamo che questo strumento è grossolano e necessiterà in futuro di un ulteriore approfondimento.

Fattori prognostici di compliance ad un progetto terapeutico

Area psicologica

Capacità di riconoscere il disagio
Capacità di problematizzare/scomporre il disagio
Capacità di ipotizzare un cambiamento della risposta adottata a difesa
Capacità di percorrere un percorso di cambiamento
Capacità di gestire le eventuali ricadute in senso evolutivo

Area sociale

Stabilità familiare
Stabilità affettiva
Stabilità relazionale
Stabilità lavorativa
Capacità di gestire eventuali costrizioni giudiziarie

Se, a giudizio clinico dell'operatore che effettua l'intervento d'area, ci sono stati significativi miglioramenti di uno o più fattori prognostici a seguito del trattamento effettuato, si assegnerà allo stesso un risultato positivo.

In caso contrario si assegnerà un risultato parzialmente positivo o negativo.

È in fase di studio l'introduzione di test psicodiagnostici nel processo valutativo al fine di acquisire elementi più oggettivi di analisi dei fattori prognostici ante e post trattamento.

Per quanto riguarda l'area sanitaria è stato più facile individuare obiettivi specifici per ogni singolo intervento terapeutico (Tab. 1).

Per ogni intervento d'area sanitaria inoltre sono stati definiti gli indicatori di risultato positivi e negativi.

Per maggiori dettagli a riguardo si rimanda alle linee guida specifiche per tipologia di trattamento sanitario e, a titolo d'esempio, si riporta quanto previsto per le terapie con metadone a medio termine (Tab. 2).

La cartella clinica informatizzata consente di elaborare il numero, la tipologia e l'esito degli interventi d'area suddivisi per servizio, operatore e paziente in un dato intervallo di tempo.

Criteri di qualità

I criteri di qualità definiscono le caratteristiche del servizio erogante e sono condizionate da una serie di variabili legate al tipo di organizzazione scelta ed alle caratteristiche sociali culturali e politiche della realtà in cui la struttura opera (Tab. 3).

Il controllo sulla corrispondenza fra l'erogato ed il dichiarato viene fatto con rilevazioni a campione ad intervalli di tempo variabili; particolare attenzione viene riservata ai reclami presentati dai pazienti. È stata messa a disposizione dei pazienti, in tutte le sedi Ser.T., un cassetta per suggerimenti e reclami e viene data risposta a tutte le osservazioni presentate.

I progetti terapeutici

In un approccio bio-psico-sociale della tossicodipendenza, la situazione ottimale vede operare congiuntamente ed integrati: gli interventi dei medici, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali e degli psicologi, per cui i singoli interventi d'area devono essere amalgamati in un progetto complessivo d'équipe in cui convergono le finalità dei singoli interventi d'area.

È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessario il contemporaneo intervento di tutte le figure professionali, in quanto non richiesto dal paziente o non ritenuto utile dall'équipe per raggiungere l'obiettivo definito e concordato con l'utente.

Anche in questi casi però la responsabilità del progetto complessivo è dell'équipe multi disciplinare e deve essere definita nella riunione settimanale specificamente dedicata.

Tab. 1 - Area sanitaria

Progetto terapeutico	Obiettivo
MB1 (metadone a breve termine 1)	Finalizzato alla disintossicazione
MB2 (metadone a breve termine 2)	Finalizzato a proseguimento pgt in C.T.
MB3 (metadone a breve termine 3)	Finalizzato all'aggancio del paziente
MM1 (metadone a medio termine 1)	Finalizzato alla stabilizzazione/valutazione
MM2 (metadone a medio termine 2)	Finalizzato all'induzione cambiamento
MM3 (metadone a medio termine 3)	Finalizzato all'aggancio prolungato
ML1 (metadone a lungo termine 1)	Finalizzato all'evoluzione in drug free
ML2 (metadone a lungo termine 2)	Finalizzato agli obiettivi di bassa evolutività
ML3 (metadone a lungo termine 3)	Finalizzato al monitoraggio della gravidanza
BU1 Buprenorfina breve termine	Finalizzato alla disintossicazione
BU2 Buprenorfina medio termine	Finalizzato alla stabilizzazione/valutazione
BU3 Buprenorfina lungo termine	Finalizzato all'induzione del cambiamento
PF Terapia psico farmacologia	Finalizzato al contenimento di patologie psichiatriche associate
NAL Naltrexone	Finalizzato alla stabilizzazione del drug free
SS Sintomatici	Finalizzato alla disintossicazione rapida

Tab. 2 - Terapie "medio termine" (30-180 gg)

Criteri di inclusione	Obiettivo	Indicatori
MM1 Pazienti che necessitano di una fase di valutazione prolungata	Valutazione medica e/o psico sociale che non sarebbe possibile senza la stabilizzazione del sintomo tossicomano	Successo processo valutativo eseguito Insuccesso processo valutativo non eseguito e/o incompleto
MM2 Pazienti che necessitano di un intervento farmacologico prolungato in previsione di una condizione di drug-free	Disintossicazione per prosecuzione in regime di drug-free e/ o passaggio ad altro intervento farmacologico	Successo negatività dei metabolici urinari nell'80% dopo 8 settimane Insuccesso positività dei metabolici urinari > del 20%
MM3 Paziente che, malgrado il counseling, non accetta altri Pgt	Aggancio al servizio	Successo adesione > del 50% degli accessi previsti Insuccesso adesione < al 50% degli accessi previsti

Tab. 3 - Criteri di qualità

Requisito di qualità	Indicatore	Standard
<i>Interventi sanitari</i>		
1. Accessibilità	a) Orari di svolgimento delle prestazioni b) Reclami dei clienti	Esistenza di fasce orarie notificate e rispettate almeno nell'80% dei casi Non superiori al 20%
2. Documentabilità	a) Scheda scritta b) Leggibilità c) Rintracciabilità	Nel 100% dei casi Nel 100% dei casi Nel 100% dei casi
3. Personalizzazione	a) Tempo per il paziente b) Interattività tra professionisti c) Adeguato alla patologia	Tempo della prestazione definito Équipe dedicata su note scritte almeno ogni 30 gg per il 30% dei pazienti Nel 100% dei casi
<i>Interventi psicologici</i>		
1. Definiti rispetto ad obiettivi	a) Predefinizione di un piano terapeutico b) Obiettivo concordato c) Previsione di verifica di congruità	Almeno nel 90% dei casi Almeno nel 90% dei casi Almeno nel 90% dei casi
2. Aumento di compliance	a) Riduzione di drop-out nei pazienti b) Adesione agli appuntamenti programmati c) Casi in trattamento da 6 mesi	Interruzioni in corso non superiori al 40% nei primi sei mesi Almeno nel 60% dei casi Rispettivamente 50%
3. Definiti rispetto al setting	a) Tempo/luogo/operatore b) Previsione dei tempi all'inizio	Almeno nel 90% dei casi Almeno nel 90% dei casi
<i>Interventi sociali</i>		
1. Definiti rispetto ad obiettivi	a) Protocolli operativi delle pratiche che il servizio offre b) Semplicità della procedura burocratica	Almeno il 60% del lavoro deve rientrare nelle attività previste Realizzabile in 1-2 giorni
2. Connessione alla rete dei servizi	a) Esistenza di protocolli tra servizi b) Esistenza di momenti di valutazione collegiale c) Esistenza di griglie di valutazione dei risultati	Almeno nel 60% dei casi Almeno nel 60% dei casi Almeno nel 60% dei casi
3. Connessione con il progetto terapeutico	a) Verifiche con cadenze previste b) Grado di realizzazione del progetto terapeutico	Almeno nel 40% dei casi Almeno nel 40% dei casi

Affidare la titolarità di tutti i progetti terapeutici all'équipe multi disciplinare anche quando le singole professionalità, non sono coinvolte direttamente sul caso è, a nostro parere, uno strumento di tutela sia del paziente sia dell'operatore: riduce infatti la possibilità di "fughe terapeutiche" e di burn out. Come accennato precedentemente uno stesso progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti sufficientemente omogenee. Un progetto terapeutico di Accoglienza-aggancio-valutazione viene aperto per tutti i pazienti incidenti e/o rientranti per i quali è necessario un periodo di osservazione per l'elaborazione congiunta di un nuovo progetto terapeutico.

Naturalmente, se necessari, gli interventi d'area in particolar modo per l'area sanitaria, vengono attivati immediatamente senza tempi d'attesa.

Un primo tentativo di classificazione che valorizzi la disponibilità/possibilità del paziente ad assumere un ruolo attivo nella realizzazione del progetto terapeutico ci ha portato a suddividere l'utenza almeno in due tipologie:

- Pazienti per i quali è ipotizzabile un percorso di cambiamento volontario della condotta tossicomana (*Alta Evolutività*);
- Pazienti per i quali, al momento, non è perseguibile un cambiamento volontario della condotta tossicomana (*Bassa Evolutività*).

Definizione e valutazione dei programmi terapeutici (PT)

Obiettivo	Indicatore di risultato positivo	Indicatore di risultato negativo
Accoglienza-aggancio-valutazione Si apre per tutti i pazienti incidenti e/o rientranti per i quali non è ancora chiara la domanda o per i quali si rendono necessari ulteriori approfondimenti diagnostico-valutativi	Il paziente continua a frequentare il servizio	Il paziente frequenta il servizio da più di tre mesi ma non evolve la domanda

Pazienti ad alta Evolutività: per i quali cioè è ipotizzabile un cambiamento volontario della condizione tossicomana

<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di risultato positivo</i>	<i>Indicatore di risultato negativo</i>
Stabilizzazione del sintomo Si ritiene opportuno ricercare una stabilizzazione dell'uso di sostanze come condizione necessaria ad avviare un percorso di cambiamento	Almeno la riduzione del 50% dell'uso di sostanze	Non mantiene costantemente la riduzione dell'uso
Induzione del cambiamento Si ritiene ci siano le condizioni per avviare fattivamente una fase di cambiamento volontario. Condizione indispensabile è l'accettazione da parte del paziente di un percorso di valutazione multiassiale in cui andranno identificati gli elementi problematici su cui l'équipe ed il paziente intendono lavorare e che andranno rivalutati alla conclusione del progetto terapeutico	Almeno la riduzione del 90% dell'uso di sostanze e l'attivazione di interventi integrati di valutazione del caso (fattori prognostici di area)	Non mantiene costantemente la riduzione dell'uso e non accetta gli interventi integrati
Gestione del cambiamento Completata la fase valutativa multiassiale è in corso un programma condiviso finalizzato al superamento di specifici nodi problematici individuati nella valutazione multidisciplinare	Condizione di drug free e interventi integrati finalizzati al superamento dei fattori prognostici problematici individuati nella valutazione multidisciplinare	Non mantiene costantemente la condizione di drug-free e non accetta gli interventi integrati
Gestione delle ricadute Ripresa dell'uso di sostanze durante o dopo aver concluso il percorso terapeutico	Evoluzione più rapida delle fasi suindicate rispetto al precedente contatto	Non evolve verso fasi più impegnative

Pazienti a bassa Evolutività: rientrano nella "bassa evolutività" i pazienti:

- in fase pre contemplativa o contemplativa, coloro cioè che non riconoscono di avere un problema e non intendono affrontarlo;

- con problemi psichiatrici associati tali da rendere non praticabile un percorso di cambiamento volontario;
- con problemi di personalità e/o sociali tali da rendere non praticabile un percorso di cambiamento volontario.

<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore di risultato positivo</i>	<i>Indicatore di risultato negativo</i>
Aumento della qualità della vita Si individuano gli elementi personali di disagio sanitario e/o sociale e/o psicologico che si vogliono migliorare con l'intervento terapeutico	Migliorate le condizioni di disagio sanitario, sociale e/o psicologico	Assenza di indicatori di miglioramento
Riduzione delle attività illegali Si individuano le situazioni anche potenzialmente illegali che si vogliono migliorare con l'intervento terapeutico	Riduzione/assenza di procedimenti giudiziari	Assenza di indicatori di miglioramento
Riduzione del rischio di overdose Si individuano le motivazioni che rendono probabile un'overdose	Migliorato il controllo dell'uso di sostanze	Assenza di indicatori di miglioramento
Riduzione dei comportamenti a rischio Si individuano i comportamenti che si vogliono migliorare	Stile di vita compatibile con il counseling sanitario	Assenza di indicatori di miglioramento
Aumento attività lavorativa Si individuano le possibili risorse lavorative attivabili	Aumentate le giornate di lavoro	Assenza di indicatori di miglioramento

Conclusioni

Questo modello di valutazione dell'outcome è attualmente in fase di sperimentazione, nell'analisi statistica del 2004/2005 saremo in grado di fornire i primi dati parziali. Fino ad oggi ha portato sicuramente ad un aumento dell'attenzione, da parte di tutti gli operatori Ser.T., all'integrazione dei singoli interventi d'area nel progetto terapeutico com-

pletivo proposto al paziente e ad una maggiore chiarezza e definizione di che cosa si sta facendo o si vuole raggiungere con il progetto terapeutico in atto.

Questo, a nostro parere, è già un buon risultato.

Il confronto fra gli obiettivi dichiarati ed i risultati ottenuti ci auguriamo possa fornire inoltre utili informazioni sul livello di outcome raggiunto dal servizio.

Bibliografia

- Cheskin L.J., Fudala P.J., Johnson R.E., "A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids", *Drug & Alcohol Dependence*, 1994, 36(2):115-121.
- Cook R., Lawrence H., Morse C., Roehl J., "An evaluation of the alternatives approach to drug abuse prevention", *International Journal of the Addictions*, 1984, 19:767-787.
- Curran S., Savage C., "Patients response to naltrexone: issues of acceptance, treatment effects, and frequency of administration", *NIDA Research Monograph Series*, 1976, 9:67-69.
- Dawe S., Gray J.A., "Craving and drug reward: a comparison of methadone and clonidine in detoxifying opiate addicts", *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, 39(3):207-12.
- DiClemente C.C. (1993b), "Changing Addictive Behaviors: A process perspective", *Current Directions in Psychological Science*, 2, 101-106.
- DiClemente C.C., Carbonari J.P., Montgomery R.P.G., Hughes S.O. (1994), "The alcohol abstinence self-efficacy scale", *Journal of Studies on Alcohol*, in corso di stampa.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1985), "Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change", in Shiffman S., Wills T.A. (eds.), *Coping and Substance Abuse*, New York, Academic Press.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O., Fairhurst S.K., Velicer W.F., Velasquez M.M., Rossi J.S. (1991), "The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Gerra G., Zaimovic A., Rustichelli P., Fontanesi B., Zambelli U., Timpano M. et al., "Rapid opiate detoxification in outpatient treatment: Relationship with naltrexone compliance", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, 18(1):185-191.
- Gerra G., Zaimovic A., Giusti F., Di Gennaro C., Zambelli U., Gardini S., Delsignore R., "Lofexidine versus clonidine in rapid opiate detoxification", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2001, 21(1):11-17.
- Hansen W.B., Johnson C.A., Flay B.R., Graham J.W., Sobel J., "Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from project SMART", *Preventive Medicine*, 1988, 17:135-154.
- Irwin S., Blachly P.H., Marks J., Carlson E., Loewen J., Reade N., "The behavioral, cognitive and physiologic effects of long-term methadone and methadyl treatment. 1973 [proceedings]", *NIDA Research Monograph*, 1976, 8:66-7.
- Janiri L., Mannelli P., Persico A.M., Serretti A., Tempesta E., "Opiate detoxification of methadone maintenance patients using lefetamine, clonidine and buprenorphine", *Drug & Alcohol Dependence*, 1994, 36(2):139-145.
- Jenkins S.W., Warfield N.A., Blaine J.D., Cornish J., Ling W., Rosen M.I., Urschel H., Wesson D., Ziedonis D., "A Pilot Trial of Gepirone vs. Placebo in the Treatment of Cocaine Dependency", *Psychopharmacology Bulletin*, 1992, 28(1):21-26.
- Johnson R., Jaffe J., Fudala P., "A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence", *JAMA*, 1992, 267:2750-2755.
- Johnson R.E., Eissenberg T., Stitzer M., Strain E., Liebson I., Bigelow G., "A placebo controlled trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, 40:17-25.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (eds.) (1985), *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*, New York, The Guilford Press.
- Palinkas L.A., Atkins C.J., Miller C., Ferreira D., "Social Skills Training for Drug Prevention in High-Risk Female Adolescents", *Preventive Medicine*, 1996, 25:692-701.
- Pani P., Maremmani I., Pirastu R., Tagliamonte A., Gessa G., "Buprenorphine: a controlled trial in the treatment of opioid dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 60:39-50.
- Rawson R.A., Glazer M., Callahan E.J., Liberman R.P., "Naltrexone and behaviour therapy for heroin addiction", *NIDA Research Monograph Series*, 1979, 25:26-43.
- Rawson R.A., Mann A.J., Tennant F.S. Jr., Clabough D., "Efficacy of psychotherapeutic counselling during 21-day ambulatory heroin detoxification", *NIDA Research Monograph*, 1983, 43:43310-4.
- Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *Qualità Management*, Regione Veneto.
- www.federserd.it, per gli articoli sul tema, pubblicati su vari numeri di Mission.

RECENSIONE



Giovanni Strepparola,
Cesare Di Carlo (a cura di)

Le radici dell'innovazione Ricerche e progetti degli operatori delle dipendenze

Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/
Quaderni - direttore scientifico:
Alfio Lucchini
pp. 480, € 29,00 Cod. 231.1.21 (V)

Il volume raccoglie i contributi presentati al Secondo Congresso Nazionale di FeDerSerD (Firenze, 17-20 ottobre 2004), dedicato all'approfondimento delle vecchie e nuove forme di dipendenza, dei fenomeni d'abuso e al tema dei consumi di sostanze e alle modalità per farvi fronte. I lavori sono qui suddivisi in sette aree tematiche: epidemiologia, prevenzione, management, inquadramento diagnostico, trattamento, riabilitazione e valutazione, al fine di com-

prendere, approfondire e analizzare i diversi settori ed ambiti caratteristici del lavoro di contrasto alle forme di dipendenza.

Le tecniche terapeutiche e di prevenzione, i diversi approcci alla tematica e l'apporto globale fornito alla discussione sui principali capitoli del dibattito scientifico attuale fanno di questo testo uno strumento completo e aggiornato in materia di abuso e dipendenza.

Le esperienze alla base dei testi qui presentati rivisti e ampliati, nascono all'interno sia di servizi pubblici sia di istituzioni private che operano in tutte le regioni italiane e possono, pertanto, considerarsi rappresentative della complessità e della diffusione del sistema di intervento e cura delle dipendenze patologiche sul territorio nazionale.

Giovanni Strepparola, Medico specialista in Psicologia medica, è Responsabile dell'Osservatorio Territoriale Droghe e Tossico-dipendenze del Dipartimento delle Dipendenze dell'Asl provincia di Milano 2.

Cesare Di Carlo, Medico specialista in Igiene e Medicina preventiva, è Direttore del Ser.T. di Giulianova (TE).

Presentiamo le memorie delle audizioni in Commissione al Senato della Repubblica sui disegni di legge in materia di droga proposti come singoli professionisti da esponenti nazionali di FeDerSerD.

Nel numero 13 di Mission era stato presentato il contenuto della audizione che la Federazione aveva avuto ufficialmente. Riteniamo che alimentare il dibattito su questi temi, tramite la rivista e il sito www.federserd.it sia utile per gli operatori tutti.

Memoria presentata da Roberta Balestra* nell'audizione del 12 gennaio 2005

Premessa

Chi lavora nel settore delle dipendenze patologiche si trova nella posizione scomoda di essere conoscitore, esperto di una materia che ancora oggi scatena comunemente un forte impatto morale, ideologico nonché emotivo. Deve spesso affrontare di conseguenza un problema nel problema. È peraltro noto e accertato sul piano scientifico e storico che quando vi sono forti interrelazioni della penalità con le scienze dell'uomo si crea un'area critica, che richiede particolare attenzione ed il concorso valutativo di diversi saperi disciplinari. È ormai riconosciuto che l'atteggiamento di maggiore severità e contrasto verso alcune sostanze (classificate come "illegali") non nasce da considerazioni scientifiche in ordine alla pericolosità di queste rispetto alla salute, quanto da considerazioni radicate nell'identità culturale e nelle tradizioni del gruppo sociale.

Il dibattito purtroppo si è sempre rapidamente orientato verso la tendenza ad individuare e classificare le sostanze stupefacenti e psicotrope, a stabilire il confine tra lecito ed illecito, piuttosto che a comprendere quali bisogni esprimono i soggetti che quotidianamente consumano o abusano di droghe, cosa sia in realtà la dipendenza patologica.

Le sostanze sono state convenzionalmente classificate secondo diverse categorie di riferimento, come la liceità, la dannosità biologica, gli effetti farmacologici, il potenziale tossicologico e tossicomano, l'impatto sociale, gli effetti culturali derivati ecc.

Tutte le droghe di abuso (eroina, cocaina, alcol, amfetamine, allucinogeni, nicotina, cannabinoidi, caffeina, ecc.) possiedono differenti capacità intrinseche, strettamente legate alla loro azione biologica ed alla modalità d'assunzione, di produrre dipendenza, assuefazione, tolleranza, autorinforzo, tossicità, patologia di organo. Bisogna pur tuttavia assumere il principio che è dal rapporto tra una data sostanza psicotropa ed un particolare soggetto, inserito in un particolare contesto, che può svilupparsi il rischio di diventare abusatori o dipendenti: *è dalla relazione tra l'uomo, le sostanze, le motivazioni all'uso, i contesti d'uso che deriva il potenziale rischioso*. Va riconosciuta l'esistenza di consumi non problematici, né per la salute del singolo né per la collettività. Da ciò non si può dedurre una universale pericolosità delle droghe per qualunque individuo, ma neppure se ne può affermare la totale innocuità prescindendo dalle vulnerabilità individuali. Le strategie dissuasive si devono intrecciare con l'autocontrollo e la responsabilizzazione, riservando la repressione in senso stretto a quei casi particolari che mettono a rischio altri soggetti o la collettività in genere. In tale ottica le opzioni repressive possono essere eventualmente proposte solo come misura eccezionale e transitoria.

* Direttore del Dipartimento delle Dipendenze di Trieste, Direttivo nazionale FeDerSerD.

Alcune osservazioni in merito ai disegni di legge in materia di tossicodipendenze

Disegno n. 2953

Si pongono all'attenzione qui di seguito le criticità e gli aspetti francamente problematici che sono stati rilevati nel testo, dividendo le osservazioni più generali da quelle specifiche.

Osservazioni generali

- Nel complesso, trattandosi di un disegno di legge che affronta la globalità della materia, appare sbilanciato sul versante del contrasto e della repressione piuttosto che su quello di indirizzo e di proposta di azioni volte alla cura ed al reinserimento della persona con problemi di abuso e dipendenza. Sembrano prevalere le istanze di controllo su quelle di prevenzione e trattamento terapeutico-riabilitativo.
- Non risulta riferirsi, nei contenuti e nelle strategie proposte, alle più recenti normative sanitarie e sociosanitarie: modifica costituzionale, leggi di riforma sanitaria, dei servizi e degli interventi sociali.
- Non vi è un riconoscimento esplicito della tossicodipendenza quale forma di disagio-malattia complessa, per cui non vengono promossi e previsti interventi territoriali coordinati e integrati di tipo preventivo, sociosanitario e sociale da realizzare per compito del servizio pubblico, del privato sociale e dei diversi attori della comunità locale.
- Si introduce l'equiparazione del servizio pubblico con quello privato, secondo una filosofia di competitività e non di integrazione. Il privato viene reso "indipendente" dal pubblico, senza una logica di sistema fondata su competenze e compiti differenziati e specifici che integrandosi garantiscono efficienza ed efficacia. Il servizio pubblico viene a perdere la funzione di governo del sistema (**Dipartimenti delle Dipendenze**), di programmazione strategica, di pianificazione e monitoraggio dell'utilizzo delle risorse, di valutazione degli esiti, di contenimento dei costi.
- Non viene affrontato chiaramente il capitolo delle risorse investite (solo il Fondo di lotta alla droga?) in rapporto al nuovo assetto dei servizi e all'insieme degli interventi previsti (ad esempio: gli interventi di tipo residenziale hanno costi nettamente superiori a quelli di tipo ambulatoriale, le dotazioni di personale dei servizi pubblici sono ancora insufficienti per garantire la molteplicità degli interventi).
- Non viene affrontato il problema della disomogeneità quali-quantitativa della rete dei servizi e della conseguente differente possibilità di accesso alle cure da parte dei cittadini tossicodipendenti sul territorio nazionale.
- Non vengono definiti i livelli minimi di assistenza che devono essere garantiti.

Osservazioni specifiche

- Ripropone un approccio punitivo e repressivo nei confronti del semplice consumatore.
- Vi è spesso equiparazione tra la figura del consumatore e quella del tossicodipendente, con conseguente previsione inappropriata di interventi di cura in assenza di malattia.
- Con la riduzione a due delle Tabelle si equiparano le sostanze stupefacenti senza tener conto del loro diverso potere tossicomane e si parifica il trattamento sanzionatorio ai livelli più alti, mediante l'unico rinvio alla Tabella 1.
- L'individuazione rigida della dose massima consentita per ogni singola sostanza non permette alcuna interpretazione caso per caso e introduce una maggiore severità per le cosiddette "droghe leggere" in rapporto a quelle "pesanti".
- Pone enfasi sui trattamenti residenziali in comunità terapeutica, che continuano ad essere considerati maggiormente idonei al reale recupero della persona, senza tener conto che le evidenze attuali, sia dei servizi pubblici che del privato sociale, dimostrano un calo della domanda di questi, dovuto alle maggiori opportunità offerte oggi di accedere a programmi di cura integrati ed efficaci di tipo ambulatoriale.
- In numerosi passaggi del disegno di legge si prevede una sorta di trasformazione del ruolo degli educatori e degli operatori in senso custodiale, col rischio di indebolire il rapporto terapeutico fiduciario, indispensabile a favorire l'accesso delle persone ai servizi ed un loro percorso di cura efficace.
- Si spinge a dettagliare e definire quale sia la terapia farmacologica più idonea alla cura della persona affetta da dipendenza (viene citato il farmaco, la tipologia d'uso, la durata del trattamento migliore), interferendo gravemente con l'autonomia professionale del sanitario.
- Non si dà risalto agli interventi di prevenzione e di riduzione del danno svolti in ambito territoriale e nei luoghi più a rischio, che negli ultimi anni hanno dimostrato la

loro efficacia nel ridurre anche l'incidenza delle patologie correlate alla tossicodipendenza.

- Nel campo della prevenzione e della promozione della salute il disegno di legge non parla di interventi rivolti alla fascia giovanile (scolare ed extrascolare) e alla popolazione generale realizzati di concerto tra i diversi attori del territorio.

Gli altri disegni di legge non affrontano la complessità della materia, ma alcuni articoli del DPR 309/90, che viene quindi mantenuto come impianto.

Risultano parziali rispetto all'esigenza di revisione della attuale legislazione in materia di tossicodipendenza. Fatta eccezione per il n. 1322, a mio avviso tutti si pongono come obiettivo corretto e fondato quello di affrontare:

- "l'emergenza carcere";
- gli effetti negativi e non riabilitativi della detenzione all'interno di un circuito carcerario non differenziato per i soggetti tossicodipendenti;
- l'eccessiva severità e rigidità delle pene previste per reati di gravità assai diversa (confronto con codice penale e leggi speciali);
- il problema di separare il mercato delle "droghe pesanti" da quello delle "droghe leggere";
- le evidenze proposte da esperienze sperimentali e non solo, realizzate in Europa.

Disegni n. 2599, 2922, 2985

- Affrontano in modo efficace il problema di adeguare il sistema sanzionatorio nel campo degli stupefacenti a quello generale, superando le attuali sproporzioni.
- Propongono una revisione coerente di tutto l'articolato sanzionatorio e di quelle misure alternative al carcere partendo da un assunto iniziale di cercare di ridurre l'approccio repressivo in favore di interventi di supporto, presa in carico, di riduzione del danno, di decarcerizzazione.

RECENSIONE



Alessandro Bonetti, Raffaella Bortino

Tossicodipendenza e doppia diagnosi: la relazione d'aiuto in comunità

Prefazione di Gian Carlo Zapparoli con un contributo di Claude Olievenstein

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso - direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 400, € 26,50 Cod. 231.1.23 (V)

Il volume nasce dall'esperienza degli autori presso la Comunità "Fermata d'Autobus", dove risiedono tossicodipendenti che presentano anche disturbi di natura psichiatrica: i cosiddetti pazienti con doppia diagnosi.

Nonostante di solito venga sottolineata la necessità di un approccio eclettico ai problemi di questi pazienti, data la loro multicausalità, il più delle volte nella realtà clinica predomina la scelta di trattamenti in funzione di un modello teorico interpretativo unico, che assume per gli operatori significato ideologico.

Gli autori hanno cercato di superare le difficoltà che ne derivano, proponendo come modello operativo "l'integrazione funzionale" di Gian Carlo Zapparoli, secondo cui la scelta degli interventi degli operatori deve nascere dalla comprensione dei bisogni manifestati dai pazienti e condurre a risposte specifiche ed adeguate ad essi.

Il testo vuole proprio sottolineare l'importanza di tradurre nella pratica clinica questa scelta metodologica: viene inoltre tracciato un percorso formativo che porti gli operatori a porsi in un'ottica di comprensione dei bisogni attraverso una partecipazione emotiva all'esperienza della persona che soffre e ad una capacità tecnica di accudimento e di mantenimento dell'oggetto specifico di bisogno.

Alessandro Bonetti, psichiatra e psicoterapeuta, già direttore dell'Ospedale di riabilitazione psico-sociale "S. Giuliana" di Verona e dell'ex Ospedale psichiatrico di Verona e responsabile del Ser.T. dell'Ulss 25 di Verona.

Raffaella Bortino, sociologa, arteterapeuta e psicoterapeuta, si occupa dell'assistenza dei tossicodipendenti. A Torino ha fondato le Comunità "Il Porto" e la "Fermata d'Autobus".

Utilizzo dei farmaci antiretrovirali nella popolazione tossicodipendente

Giorgio Barbarini*

La tossicodipendenza rappresenta ancora oggi, nel nostro Paese, il fattore di rischio primario (dati CoA marzo 2005) per contrarre l'infezione da HIV e, all'interno della popolazione attualmente sieropositiva, la percentuale di tossicodipendenti attivi plus ex tossicodipendenti raggiunge il 60%.

La somministrazione della terapia antiretrovirale in questa popolazione presenta purtroppo aspetti complessi legati:

- A) allo stile di vita che rende spesso inadeguata l'aderenza al trattamento;
- B) alle comorbidità spesso presenti e fonte di ulteriore immunodepressione e/o compromissione della funzionalità di organi (es. fegato) coinvolti nel metabolismo dei farmaci impiegati;
- C) agli effetti collaterali e tossici dei farmaci antiretrovirali impiegati aggravati dalle interazioni farmacologiche con le sostanze di abuso o sostitutive.

A) Aderenza al trattamento

L'inadeguata aderenza al trattamento antiretrovirale già evidenziata nel 1998 da Strathdee [1] e Cementano [2] è correlata allo status di "attività" della dipendenza, all'età più giovane, al sesso femminile, al frequente stato di detenzione in ambiente carcerario e alla mancanza di esperienza del sanitario che prende in carico il paziente. Lo stile di vita caotico tipico della maggioranza dei tossicodipendenti e i preconcetti presenti in molti di essi relativi ai pericoli ipotetici derivanti dall'utilizzo dei farmaci antiretrovirali, contribuiscono alla riduzione dell'adesione nei confronti dell'assunzione della terapia.

Si rivela pertanto di fondamentale importanza, ai fini di garantire un'efficacia della terapia antiretrovirale nei tossicodipendenti analoga a quella osservata nella popolazione non dedita all'uso di sostanze stupefacenti, l'implementazione della aderenza per uniformarla a quella osservata nella maggior parte degli altri soggetti HIV positivi.

Questo obiettivo è raggiungibile considerando prioritario il trattamento dell'abuso di sostanze stupefacenti rispetto all'instaurazione di una terapia ART o HAART, se ovviamente i dati clinici non impongono immediati interventi terapeutici anti HIV.

È pertanto di fondamentale importanza, per la gestione di questi pazienti, una stretta e fattiva collaborazione fra i Centri Infettivologici e le Strutture Territoriali competenti, in grado di gestire, previo consenso dei pazienti che vanno sempre adeguatamente informati, il monitoraggio di un piano terapeutico forzatamente bifasico.

Presso queste Strutture Territoriali, identificabili in primis nei Servizi per le Tossicodipendenze e quindi anche nelle

Comunità Terapeutiche e nelle Strutture Carcerarie, l'adesione alla terapia antiretrovirale potrà essere direttamente osservata (DOT), come evidenziato da Altice [3], Babudieri [4], Clarke [5] e McCance-Katz [6] (2000-2002).

Si potrà pertanto comprendere la capacità di aderenza dei singoli soggetti ed in base a questo valutare l'opportunità, a parità di efficacia, di predisporre schemi terapeutici once-a-day.

Nei pazienti ex tossicodipendenti o in trattamento da tempo, e con risultati soddisfacenti, con farmaci sostituiti, l'aderenza alla terapia non differisce da quella registrata nei pazienti non tossicodipendenti.

Nel corso del trattamento della tossicodipendenza e nel monitoraggio successivo dell'assunzione di farmaci sostituiti e della terapia antiretrovirale, deve essere prestata grande attenzione all'utilizzo da parte dei pazienti della cocaina, importante fattore di rischio per la diminuzione che provoca dell'aderenza ai trattamenti farmacologici.

B) Comorbidità delle tossicodipendenze

Tossicodipendenza e Malattie Infettive sono correlate nella letteratura internazionale da tempo memorabile; pietra miliare per tutte le osservazioni sull'argomento rimane la codificazione elaborata nel 1967 da Louria [7]: l'incidenza, legata ad esposizioni infettive multiple (utilizzo di aghi e siringhe non sterili, condizioni di vita degradate, prostituzione) di patologie epatiche (epatiti da HBV, HCV e HDV), cardiache (endocarditi), polmonari (polmoniti settiche, TBC), cutanee (infezioni della cute e dei tessuti molli), vasali (tromboflebiti, flebiti) e renali (nefriti) è da sempre rilevante all'interno della popolazione tossicodipendente. Queste patologie rappresentano oltretutto la fonte principale di comorbidità, e talvolta di mortalità, la causa di uno stress funzionale delle difese immunitarie con conseguente loro compromissione.

Ad incrementare poi sinergicamente l'immunodepressione contribuiscono le stesse sostanze stupefacenti; è infatti noto l'effetto immunodepressivo degli oppiacei e delle sostanze "da taglio" che spesso costituiscono la quota più rilevante della "dose".

Queste concause rendono spesso complessa la valutazione immunologica del tossicodipendente HIV positivo, che andrebbe riconsiderata dopo un trattamento, anche breve, della condizione di dipendenza.

La coinfezione da virus epatitici (HBV, HCV e HDV) è, nel nostro Paese, presente in percentuale assai elevata nei soggetti HIV positivi, pari al 50% per l'HCV, in misura minore ma ancora significativa, pari all'8% per l'HBV e pressoché insignificante (< 1%) per l'HDV.

Questi valori percentuali subiscono un netto incremento per l'HCV all'interno della popolazione tossicodipendente, dove la coinfezione è presente in circa il 75% dei sieropositivi per HIV.

* Medico infettivologo e gastroenterologo, Divisione di Malattie Infettive e Tropicali - IRCCS S. Matteo di Pavia. Componente Commissione nazionale volontariato AIDS, Membro Direttivo ALT Onlus.

Tab. 1 - Criteri necessari per iniziare il trattamento dell'ECA HCV correlata nei pazienti HIV positivi

1. Rilevazione di HCVRNA nel siero
2. Diagnosi Istologica di ECA; possibile inserire anche la cirrosi iniziale in fase di compenso e mai precedentemente scompensata
3. Valori di CD4 > 200/mm³, HIVRNA < 10000 copie/ml e condizioni stabili dell'infezione da HIV
4. Tossicodipendenza (alcool compreso) non attiva e, se in atto terapia metadonica, dosaggio giornaliero del farmaco non superiore a 20 mg
5. Assenza di controindicazioni all'utilizzo di interferone e ribavirina
6. Non assunzione contemporanea di Didanosina e/o Azidotimidina

Ne deriva che la coinfezione da HCV rappresenta la fonte principale di danno epatico, da sommarsi alla tossicità delle sostanze stupefacenti introdotte nell'organismo, a un eventuale abuso alcolico e al danno epatico causato dalla quasi totalità dei farmaci antiretrovirali.

L'importanza del danno epatico nei soggetti HIV positivi è palesemente emerso in questi ultimi anni e oggi le patologie epatiche in fase terminale rappresentano la prima causa di morte non AIDS correlata nei pazienti HIV positivi.

Questa considerazione rende necessaria l'identificazione dell'eventuale danno epatico e la prevenzione di un suo peggioramento.

Se di fondamentale importanza risultano i controlli ematocimici, virologici ed istologici, le indicazioni alla terapia dell'infezione da HCV rappresentano oggi, qualora siano presenti le caratteristiche contemplate nelle Consensus all'uopo elaborate (Tab. 1) un momento spesso irrinunciabile, prioritario, se possibile, rispetto alla somministrazione della terapia antiretrovirale.

Non mi soffermerò ulteriormente sulla terapia dell'infezione da HCV in corso di coinfezione con HIV, essendo eventuale argomento di un singolo specifico articolo.

Per ciò che concerne la coinfezione da HBV la disponibilità di farmaci, che contemporaneamente siano attivi su questo virus epatitico e sull'HIV (Lamivudina e Tenofovir), permette di modulare la terapia antiretrovirale in modo da ottenere risultati positivi in entrambe le infezioni.

Non esistono indicazioni terapeutiche preconizzate in appositi Consensus per la sovrainfezione da HDV in pazienti coinfezioni HIV/HBV nei quali la somministrazione prolungata di interferone ha dimostrato scarsa efficacia e severi effetti collaterali.

In presenza di un soggetto con diagnosi di cirrosi epatica, coinfecto o no, occorre non somministrare, se possibile, i farmaci antiretrovirali presentanti spiccata epatotossicità (Nevirapina, Abacavir, Ritonavir) e modulare una riduzione empirica del dosaggio di quelli moderatamente epatotossici (Nelfinavir, Saquinavir, Efavirenz). Nelle Linee Guida DHHS dell'ottobre 2004, sono riportate le diminuzioni di dosaggio necessarie anche per Amprenavir, Atazanavir e Fosamprenavir codificate in base al punteggio Child-Pugh della cirrosi.

In questi soggetti va evitata la somministrazione anche degli NRTI con elevata tossicità mitocondriale (Didanosina e Stavudina) potenziali responsabili di grave acidosi lattica con steatosi epatica severa. Nei pazienti coinfezioni HIV/HCV un danno mitocondriale caratteristico, non presente nei soggetti affetti da epatite cronica attiva C correlata ed HIV negativi, era già stato evidenziato prima dell'impiego dei farmaci antiretrovirali, dovuto all'effetto sinergico dei due virus, per cui l'impiego di Didanosina e Stavudina va attentamente valutato nei coinfezioni anche non cirrotici e non deve comunque avvenire congiuntamente. Se la comorbidità infettivologica è di certo la più palese-

Tab. 2 - Sintomi di natura neuropsichiatrica associabili all'assunzione di farmaci antiretrovirali

Farmaco	Sintomatologia neuropsichiatrica potenzialmente correlata
<i>Azidotimidin</i>	Sedazione, Mania, Astenia
<i>Abacavir</i>	Anoressia
<i>Didanosina</i>	Neuropatia periferica, Insonnia
<i>Stavudina</i>	Neuropatia periferica, Ansia, Mania, Insonnia
<i>Tenofovir</i>	Astenia
<i>Zalcitabina</i>	Neuropatia periferica
<i>Nevirapina</i>	Confusione, Allucinazioni
<i>Efavirenz</i>	Sonnolenza, Insonnia, Alterazioni del sonno, Allucinazioni, Confusione, Alterazioni del pensiero, Amnesie, Agitazione, Depersonalizzazione, Euforia
<i>Amprenavir</i>	Parestesia orale
<i>Indinavir</i>	Ansia, Agitazione, Depressione
<i>Ritonavir</i>	Ansia, Agitazione, Depressione, Allucinazioni, Confusione
<i>Saquinavir</i>	Cefalea, Ansia, Depressione, Irritabilità, Euforia, Allucinazioni, Agitazione
<i>Nelfinavir</i>	Difficoltà di concentrazione

mente riscontrabile nei tossicodipendenti, con i risvolti clinico-immunologici testè evidenziati, la contemporanea presenza di disturbi psichiatrici risulta attualmente assai comune, con grave compromissione psico-sociale dei pazienti. Infatti nel caso di "doppia diagnosi", cioè di contemporanea presenza, accanto alla tossicodipendenza, di patologie psichiatriche identificate in depressione, disturbi bipolari e disturbi di personalità, vi è un incremento del rischio di contagio da HIV e riduzione della adesione alla effettuazione dei controlli sanitari e all'assunzione di terapie.

Sebbene con frequenza ed intensità assai individualizzate, alcuni sintomi psichiatrici possono essere potenzialmente indotti anche da numerosi farmaci antiretrovirali, dotati di buona capacità di penetrazione nel Sistema Nervoso Centrale (Tab. 2).

Occorre quindi valutare attentamente la presenza di una comorbidità psichiatrica nel paziente HIV positivo, per decidere gli schemi terapeutici più adeguati; nei casi di più difficile risoluzione la collaborazione fra infettivologo, professionista delle dipendenze e neuropsichiatra può fornire una sinergia assai positiva.

Spesso in presenza di doppia diagnosi è indispensabile provvedere a un periodo anche non breve di somministrazione direttamente osservata dei farmaci antiretrovirali al fine di monitorare accuratamente l'aderenza alla terapia e risulta pertanto assai utile l'impiego di preparati da assumersi once-a-day.

C) Effetti collaterali ed interazioni farmacologiche

La gestione della terapia antiretrovirale nei soggetti tossicodipendenti è complessa e spesso difficoltosa a causa degli effetti collaterali dei farmaci utilizzati e delle loro

interazioni con le sostanze sostitutive per la cura delle dipendenze.

Innanzitutto occorre rilevare come i tossicodipendenti che utilizzano droghe per via endovenosa presentino un'aumentata frequenza, rispetto alla media generale, degli effetti collaterali e della tossicità provocati dai farmaci antiretrovirali.

Anche se non sono disponibili oggi studi sistematici a questo riguardo, ma solo segnalazioni sporadiche, si ritiene comunemente che la causa di questa frequenza sia da ricercare nella comorbidità già precedentemente trattata; in questi pazienti la scelta della terapia antiretrovirale ed il monitoraggio della sua assunzione devono essere effettuati in stretta sinergia fra l'infettivologo ed il medico delle dipendenze.

Questa collaborazione sarà inoltre indispensabile quando la terapia antiretrovirale venga effettuata in concomitanza con l'utilizzo dei farmaci sostitutivi, per poter garantire un monitoraggio clinico comprensivo della valutazione dell'efficacia degli antiretrovirali e della loro compatibilità con le sostanze sostitutive impiegate, evitando comparsa di sintomatologia astinenziale.

Il farmaco sostitutivo più comunemente usato per le dipendenze da oppiacei in Italia è il Metadone, un agonista oppiaceo a lunga durata d'azione somministrato per via orale.

In conseguenza dei suoi effetti di induzione dello svuotamento gastrico e sul metabolismo degli isoenzimi 3A4 e 2D6 del citocromo P450, possono verificarsi interazioni con alcuni farmaci antiretrovirali con diminuzione di efficacia di entrambe le terapie.

Nella Tab. 3 sono riportate le interazioni farmacologiche fra il Metadone e i vari farmaci antiretrovirali, ormai ampiamente verificate.

Come si può osservare fra gli NRTI (Inibitori Nucleosidici della Trascrittasi Inversa) non vi sono sostanze che agiscono clinicamente sul metabolismo del Metadone, ad ecce-

zione dell'Abacavir che può accelerare il metabolismo del Metadone mediante glicuroconiugazione del 20% con conseguente sindrome astinenziale.

Sono invece stati documentati importanti effetti del Metadone su alcuni NRTI con diminuzione della concentrazione ematica e della AUC di Stavudina e innalzamento delle concentrazioni plasmatiche e della AUC di Zidovudina con possibile incremento, in quest'ultima circostanza, dell'intensità degli effetti collaterali di questo antiretrovirale [8,9]. Clinicamente spesso problematiche sono invece le interazioni prodotte dall'uso concomitante di NNRTI (Inibitori non Nucleosidici della Trascrittasi Inversa) e Metadone. Nevirapina ed Efavirenz infatti riducono i livelli del Metadone di oltre il 40% con la comparsa di sindromi astinenziali che richiedono un incremento del dosaggio del Metadone somministrato; se il paziente non viene preventivamente informato di questa probabilità ne può derivare il rifiuto di proseguire l'assunzione di ogni farmaco antiretrovirale [10].

L'utilizzo concomitante di Metadone e Inibitori delle Proteasi non provoca variazioni delle concentrazioni di questi ultimi, ad eccezione dell'Amprenavir, la cui AUC può essere ridotta fino al 30%; l'utilizzo dell'Amprenavir dovrebbe pertanto essere evitato in contemporanea con dosi di Metadone eccedenti i 20 mg.

Viceversa l'assunzione di Lopinavir, Ritonavir e Nelfinavir in concomitanza con il Metadone provoca una riduzione significativa dell'AUC di questo farmaco sostitutivo e pertanto necessita di un attento monitoraggio clinico dell'eventuale astinenza, con incremento della dose di Metadone somministrata. Indinavir, Saquinavir e Atazanavir non sembrano interagire in modo significativo con il Metadone [11,12,13,14].

Recenti segnalazioni (Gil 2003 [15]) in merito alla potenziale accentuazione del danno cardiaco correlato all'utilizzo del Metadone da parte dei farmaci antiretrovirali sembrano non trovare conferme [16]; giova comunque

Tab. 3 - Interazione farmacologica tra Metadone e farmaci antiretrovirali

1. NRTI	
<i>Zidovudina</i>	La concentrazione ematica viene incrementata del 43%. È importante monitorare gli effetti collaterali avversi della ZDV che potrebbero essere di intensità superiore a quelli riscontrati in chi non assume Metadone.
<i>Stavudina</i>	Viene diminuito del 27% il suo livello ematico; non sono stati però stati segnalati casi di aggiustamento terapeutico.
<i>Didanosina</i>	Non interazioni significative.
<i>Abacavir</i>	Possibile accelerazione del metabolismo del Metadone.
<i>Tenofovir</i>	Non interazioni significative.
2. NNRTI	
<i>Nevirapina</i>	Immodificato il suo livello ematico; significativo decremento del livello ematico del Metadone. Si riscontrano comunemente sintomi di astinenza da oppiacei in corso di uso contemporaneo di NVP e Metadone. È sovente necessario incrementare la dose di Metadone.
<i>Efavirenz</i>	Immodificato il suo livello ematico; marcato calo (>60%) della concentrazione ematica del Metadone per cui è inevitabile incrementarne il dosaggio. Se possibile clinicamente, si sconsiglia di utilizzare questa combinazione di farmaci (EFV plus Metadone).
3. PI	
<i>Indinavir</i>	Non interazioni significative.
<i>Ritonavir</i>	Immodificato il suo livello ematico; decremento della concentrazione ematica del Metadone del 35-37%. Può essere necessario un incremento della dose di Metadone.
<i>Saquinavir</i>	Non interazioni significative se somministrato da solo; se associato al Ritonavir si osserva un decremento della concentrazione ematica del Metadone del 20%.
<i>Nelfinavir</i>	Raramente si è evidenziato un decremento della concentrazione ematica del Metadone peraltro non quantificabile.
<i>Amprenavir</i>	Viene diminuito il suo livello ematico del 20% senza bisogno però di aggiustamenti terapeutici; lieve decremento della concentrazione ematica del Metadone (13%) senza necessità di incrementarne il dosaggio.
<i>Fosamprenavir</i>	Interazioni simili all'Amprenavir.
<i>Atazanavir</i>	Non interazioni significative.
<i>Lopinavir</i>	Immodificato il suo livello ematico; decremento della concentrazione ematica del Metadone (53%) il cui dosaggio va spesso incrementato per evitare una possibile crisi da astinenza.

ricordare che la possibilità di danno cardiovascolare acuto in corso di terapia HAART è ormai universalmente riconosciuto, dovuto alle alterazioni metaboliche indotte dai farmaci, e che quindi le Linee Guida formulate per evitare questa eventualità sono oltremodo suggeribili ai tossicodipendenti, il cui biometabolismo è generalmente già alterato per la stessa condizione di dipendenza [17].

A differenza del Metadone la Buprenorfina, oggi sempre più impiegata per la disassuefazione da sostanze oppiacee, non sembra provocare modificazioni delle concentrazioni ematiche dei farmaci antiretrovirali (Carrieri 2000) anche se teoricamente il suo metabolismo a livello del CYP3A4 dovrebbe essere inibito da parte di tutti gli Inibitori delle Proteasi e indotto dagli NNRTI [18].

Ad oggi l'unica segnalazione di interazione della Buprenorfina con i farmaci antiretrovirali è di induzione di acidosi lattica in corso di terapia con NRTI [19].

Il Naltrexone non interagisce con i farmaci antiretrovirali non essendo metabolizzato a livello del CYP450, e così pure il Disulfiram

Se i dati relativi alle interazioni fra sostanze sostitutive e farmaci antiretrovirali sono ormai note e ampiamente documentate, non vi è conoscenza scientifica delle interazioni fra essi e le "sostanze stupefacenti", ma solo sporadiche segnalazioni di singoli casi clinici non validati da controlli.

Conclusioni

L'utilizzo dei farmaci antiretrovirali nei soggetti tossicodipendenti non può, alla luce di quanto ho riportato, essere ricondotto alle comuni Linee Guida che, con periodicità quadrimestrale, vengono prodotte da numerosi e qualificati Gruppi di Lavoro.

Chi utilizza sostanze stupefacenti, e spesso anche sostanze sostitutive, presenta una probabilità assai più elevata di manifestare gli effetti collaterali e tossici precipi dei farmaci antiretrovirali somministrati, rispetto a quanto osservato nei pazienti non tossicodipendenti.

In assenza di studi comparati sistemici la spiegazione di questa osservazione viene correlata alla grande prevalenza, maggiore rispetto alla popolazione non dedita all'uso di droghe, di patologie epatiche, renali, neurologiche, gastrointestinali e psichiatriche.

La scelta dei farmaci antiretrovirali da combinare deve tener conto di tutte queste variabili, oltreché delle interazioni con le sostanze impiegate per il trattamento della dipendenza e le "droghe" stesse.

Ne consegue che ogni paziente deve essere attentamente valutato, meglio se congiuntamente dall'infettivologo e dal medico del Servizio delle Dipendenze, per giungere a instaurare terapie assolutamente personalizzate che tengano conto delle priorità temporali da stabilirsi fra il trattamento della dipendenza, dell'eventuale epatopatia e dell'infezione da HIV, delle combinazioni di farmaci antiretrovirali globalmente più idonei ad essere assunti e ad essere monitorati, per ottenere un'accettabile aderenza alla terapia stessa.

Poiché l'adesione alla terapia può essere monitorata, nel caso di pazienti tossicodipendenti, da chi segue operativamente i problemi legati alla dipendenza, la collaborazione fra Centri Infettivologici e Servizi della Dipendenze

diviene *indispensabile* e *insostituibile*, per garantire agli utenti la più completa professionalità.

Da contributi comuni io auspico possano nascere anche delle Linee Guida, possibilmente sotto l'egida di FeDerSerD, sulla terapia antiretrovirale nel tossicodipendente, da divulgare universalmente, per colmare una lacuna che i più qualificati esperti internazionali non sono riusciti, ad oggi, ad eliminare.

Bibliografia

- [1] Strathdee S.A., Palepu A., Cornelisse P.G., "Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users", *JAMA*, 1998, 280(6):547-9.
- [2] Celentano D.D., Vlahov D., Cohn S. *et al.*, "Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users", *JAMA*, 1998, 280(6):544-6.
- [3] Altice F.L., Mostashari F., Friedland G.H. *et al.*, "Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2001, 28(1):47-58.
- [4] Babudieri S., Aceti A., D'Offizi G.P. *et al.*, "Directly Observed Therapy to treat HIV infection in prisoners", *JAMA*, 2000, 284:178-80.
- [5] Clarke S., Keenan E., Ryan M. *et al.*, "Directly Observed antiretroviral Therapy for injection drug users with HIV infection", *AIDS Read.*, 2002, 12:305-7.
- [6] McCance-Katz E.F., Gourevitch M.N., Arnsten J. *et al.*, "Modified Directly Observed Therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease", *Am J Addict.*, 2002, 11:271-8.
- [7] Loria D.B., Hensler T., Rose J., "The major medical complications of heroin addiction", *Ann Intern Med*, 1967, 67:1-22.
- [8] Gourevitch M.N., Friedland G.H., "Interactions between methadone and medications used to treat HIV infection: a review", *Mt Sinai J Med*, 2000, 67(5,6):429-36.
- [9] Rainey P.M., Friedland G., McCance-Katz E.F. *et al.*, "Interaction of methadone with didanosine and stavudine", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2000, 24(3):241-8.
- [10] Clarke S.M., Mulcahy F.M., Tjia J. *et al.*, "Pharmacokinetic interactions of nevirapine and methadone and guidelines for use of nevirapine to treat injection drug users", *Clin Infect Dis*, 2001, 33(9):1597-9.
- [11] Bart P.A., Rizzardi P.G., Gallant S. *et al.*, "Methadone blood concentrations are decreased by the administration of abacavir plus amprenavir", *Ther Drug Monit*, 2001, 23(9):1597-9.
- [12] McCance-Katz E.F., Rainey P.M., Smith P. *et al.*, "Drug interactions between opioids and antiretroviral medications: interaction between methadone, LAAM and nelfinavir", *Am J Addict*, 2004, 13(2):163-80.
- [13] McCance-Katz E.F., Rainey P.M., Friedland G. *et al.*, "The protease inhibitor lopinavir-ritonavir may produce opiate withdrawal in methadone-maintained patients", *Clin Infect Dis*, 2003, 37(4):476-82.
- [14] Friedland G.H., Andrews L., Argawala S. *et al.*, "Lack of an effect of atazanavir on steady-state pharmacokinetics of methadone in chronically treated subjects". Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents. International Symposium HIV and Emerging Infectious Diseases, Toulon, France, June 2004.
- [15] Gil M., Sala M., Anguera I. *et al.*, "QT prolongation and torsades des points in patients infected with human immunodeficiency virus and treated with metadone", *Am J Cardiol*, 2003, 92:995-7.
- [16] Lucchini A., Barbaro G., Barbarini G., "Metadone and QT prolongation in HIV infected patients", *Am J Cardiol*, 2004, 94:147-8.
- [17] Scevola D., Di Matteo A., Giglio O. *et al.*, "Guidelines for the prevention of cardiovascular risk in HIV-infected patients treated with antiretroviral drugs", *HIV AIDS Rev*, 2004, 3(1):177-184.
- [18] Carrieri M.P., Vlahov D., Dellamonica P. *et al.*, "Use of buprenorphine in HIV-infected drug users: negligible impact on virological response to HAART", *Drug Alcohol Depend*, 2000, 60:51-4.
- [19] Marceau G., Sapin V., Jacomet C. *et al.*, "Frequency, risk factors and outcome of hyperlactatemia in HIV-positive persons: implications for the management of treated patients", *Clin Chem*, 2003, 49:1154-62.

Nel numero 12 di *Mission* era stata annunciata la “Conferenza per un progetto delle Regioni sulle dipendenze” che si tenuta a Bologna al Palazzo dei Congressi il 7 e 8 febbraio 2005.

FeDerSerD ha partecipato all'evento presentando la posizione originale degli operatori del settore.

Riportiamo la sintesi delle sessioni di lavoro prodotta dal Cartello nazionale “Non incarcerate il nostro crescere”.

Conferenza per un progetto delle Regioni sulle Dipendenze

Sessione legalità, giustizia e legislazione

Il percorso che ci conduceva dalle politiche di *esclusione* a quelle di *inclusione* sociale pare essersi interrotto e, al tempo stesso, avviato verso una dimensione di governo dei fenomeni complessi, quali l'uso di sostanze, in termini custodialistici.

Si svuota il principio di legalità nel momento in cui la norma giuridica diventa l'elemento regolatore di comportamenti e di stili di vita.

Si demanda al carcere, che dovrebbe intervenire solo in caso di *extrema ratio*, il contenimento di un fenomeno diffuso.

Si riempie, nel contempo, di significati simbolici il concetto che lo Stato possa farsi etico, determinando il comportamento degli individui.

Rispetto a tale approccio, tutti gli operatori che hanno partecipato alla sessione hanno espresso con forza il loro dissenso, indicando altresì alle Regioni ed al Governo nazionale la necessità di recuperare la gestione politica del fenomeno in termini di rilancio di un *welfare dell'accoglienza e dell'inclusione*.

Recuperare la cultura della legalità declinandola in termini di “responsabilità della società” e, al tempo stesso, porre in essere le politiche sociali ed economiche che sostengono questo processo di recupero, diventa imperativo categorico.

In tal senso occorre riattivare alcuni strumenti quali il reddito minimo di inserimento (o, come più felicemente lo definisce la Regione Campania, che autonomamente lo ha reintrodotto, *reddito di cittadinanza*) in quanto rappresenta un passo necessario da compiere al fine di ridurre la distanza tra mondo legale e mondo illegale.

È in tale direzione che il gruppo sulla legalità auspica sia avviata la riflessione e l'elaborazione teorica e pratica dei prossimi anni.

Sessione giovani e codici del piacere

La gran parte del mondo giovanile presenta una propria specificità che difende fortemente e che bisogna rispettare se ci si vuole addentrare e restare in rapporto con esso.

Le équipes di operatori che si sono andate costituendo, dalla seconda metà degli anni '90 in poi, formandosi su e con interventi nel mondo del *loisir* notturno, del divertimento e più in generale in attività di prossimità con i tanti

ambiti dell'universo giovanile, sono riuscite a raggiungere gruppi e realtà aggregative sino ad allora ignorate dal mondo adulto, stabilendo collegamenti e mantenendoli nel tempo.

Queste équipes sono le uniche che permettano, tra le altre cose, un qualche dialogo fra le realtà giovanili più *liminali* e mondo adulto e istituzionale.

È interesse della società mantenere e potenziare queste esperienze, capaci non solo di efficaci interventi di prevenzione, promozione della salute e riduzione dei rischi, ma anche di registrare precocemente e interpretare manifestazioni di comportamenti, stili di vita e di consumo inediti.

Tali attitudini e peculiarità vanno riconosciute, stabilizzando anche economicamente le attività rivolte al mondo del *loisir* notturno e diurno massicciamente frequentato da tanti e diversi gruppi giovanili.

Si impone, inoltre, un potenziamento di tali interventi, integrandoli con iniziative volte a favorire una presa in carico precoce, anche sanitaria, di coloro che manifestano problematicità e sofferenza nei loro percorsi di consumo e di abuso.

Si deve rendere possibile un'azione di accompagnamento tempestiva di tale utenza verso i servizi esistenti, favorendo l'adattamento e l'aggiornamento di questi ultimi ai bisogni di consumatori dalle caratteristiche profondamente diverse da quelle dei tossicodipendenti.

Queste iniziative non possono essere concepite con rigide limitazioni territoriali: équipes di diverse regioni da anni attuano pratiche di intervento comuni in grandi eventi, festival, *technival*.

Le caratteristiche nomadiche di molti gruppi giovanili impongono momenti di scambio e aggiornamento comuni e costanti tra coloro che, istituzionalmente o professionalmente, sono interessati al benessere dei giovani.

Si auspica una iniziativa forte del Parlamento e delle Regioni per la realizzazione di una legge che promuova il protagonismo e la partecipazione dei giovani, dei loro gruppi e delle loro forme aggregative, collegandosi il più possibile al loro sorgere spontaneo, più che pretendendo di dirigerlo.

Sessione Servizi di prossimità tra riduzione del danno e bisogni sociali

Nella sezione dedicata alla RdD e ai servizi di prossimità si è fatto il punto sulla situazione attuale e in particolare sono stati evidenziati i seguenti punti.

Ci si trova concordi nel non limitare la RdD ad una mera funzione sanitaria, ma ad estendere interventi e competenze alla sfera sociale dell'inclusione e della cittadinanza.

La RdD ha una storia e delle evidenze ormai assodate all'interno del mondo scientifico che devono essere parte integrante delle politiche sociali.

La RdD fa parte di un sistema di interventi che devono dialogare tra loro: dalla prevenzione alla cura, facilitando la integrazione/comunicazione tra quelli che sono i quattro pilastri delle politiche europee sulle droghe (prevenzione, cura, RdD e repressione del traffico).

La RdD come pilastro è in grado di attivare circolarità poiché non è "solo" una tecnica ma un paradigma che aiuta a ridisegnare un sistema di intervento. Tuttavia nel nostro paese questa potenzialità innovativa è ancora ampiamente sottovalutata e oggi anche apertamente osteggiata da molti esponenti del Governo.

Un aspetto importante è che la RdD è un modello di mediazione dei conflitti alternativo rispetto alla gestione securitaria, con ricadute positive sulla vita dell'intera collettività.

La RdD è quindi una cultura che come tale va comunicata con strumenti e modalità appropriate.

La RdD mette al centro la persona non solo in termini di ascolto dei suoi bisogni, ma come generatrice di competenze e abilità nel promuovere e tutelare la propria salute e qualità della vita.

La RdD agisce sui contesti, riconoscendone l'influenza sulla qualità della vita dei consumatori.

La RdD risponde al bisogno di tutela dei diritti delle persone, non solo diritto alla salute ma anche, per esempio, diritto di cittadinanza.

Richieste

Necessità che i progetti diventino parte dell'attività ordinaria dei servizi, con la tutela opportuna sia dal punto di vista della copertura finanziaria, sia della tutela contrattuale e professionale degli operatori.

Inserire nei LEA gli interventi di RdD.

Applicare l'accordo Stato-Regioni con un servizio pubblico garante con ruolo di regia; creare il Sistema dipartimentale dei servizi per quanto attiene all'aspetto sanitario e per i diritti sociali vincolare quote della legge 328/2000 per garantire gli interventi necessari.

Valorizzare il contesto europeo e sperimentare nell'ambito dell'autonomia regionale innovazioni nel sistema dei servizi, per esempio le "Stanze di salute" e l'analisi delle sostanze.

Elaborare un documento programmatico che espliciti almeno i seguenti punti:

- analisi dei bisogni e priorità;
- presa di posizione rispetto alla distinzione tra consumo e abuso/dipendenza e alle differenti strategie opportune per affrontare questi fenomeni;
- scelta chiara dell'opzione coesione/inclusione sociale contro ogni ipotesi di criminalizzazione e penalizzazione dei consumatori.

Prestare particolare attenzione nell'ambito della programmazione a sottogruppi maggiormente esposti a rischio di emarginazione come, per esempio, detenuti e migranti, senza fissa dimora

Scrittura partecipata delle linee guida di intervento inclusi i consumatori/cittadini.

Esplicitare i criteri della valutazione sin dall'inizio della progettazione.

Sessione Servizi per le Dipendenze in un welfare in trasformazione

Si ritiene di importanza cruciale la integrazione socio-sanitaria con una definizione più estesa del ruolo del settore pubblico che preveda il coinvolgimento attivo, anche nelle scelte strategiche, del terzo settore, evitando interventi concorrenziali.

Il sistema dei servizi deve poter contare su un Dipartimento messo in condizione di gestire un budget definito per gli interventi sulle dipendenze patologiche. Si chiede comunque alle regioni di mantenere gli impegni presi con gli accordi Stato-Regioni che garantiscono anche una definizione omogenea dei modelli organizzativi.

Si auspica la definizione di politiche rivolte non solo alle problematiche legate alle dipendenze patologiche, ma anche ai consumatori non dipendenti, con modelli di intervento diversificati (le politiche giovanili degli Enti Locali, le attività di prevenzione all'interno delle scuole, il sostegno all'associazionismo sportivo, ricreativo, culturale, ecc.).

È opportuno dotarsi di Agenzie territoriali per offrire attenzione, risposte ed interventi ai consumatori.

È opportuno che all'interno degli Ambiti Territoriali si realizzino livelli alti di integrazione tra il sociale ed il socio-sanitario. In tal senso i Piani di zona, l'impianto della legge 328/2000 e tutta l'attuale normativa debbono trovare una corretta applicazione, con la partecipazione a pieno titolo degli operatori del sistema, in accordi di programma.

Le amministrazioni centrali e locali devono mettere a disposizione del sistema dei servizi per le dipendenze le risorse economiche sufficienti per realizzare i programmi definiti e comunque i Livelli Essenziali di Assistenza.

Programmi e allocazione di risorse non possono che essere il risultato di una serie di processi e di scelte condivise. Gli operatori chiedono di mettere al centro della programmazione e dell'agire:

- le evidenze scientifiche;
- il sapere frutto dell'esperienza degli operatori del sistema dei servizi accumulato in Italia negli ultimi 30 anni e che ha prodotto una molteplicità di esperienze, di buone pratiche, che è opportuno far conoscere e valorizzare;
- la consapevolezza che "le cure funzionano" (come anche sostengono le Nazioni Unite);
- la consapevolezza che "la bassa soglia funziona" (come anche sostiene il Parlamento Europeo);
- i consumatori e non solo i soggetti dipendenti da droghe;
- la necessità di creare strutture capaci di leggere i cambiamenti dei fenomeni.

Gli operatori del Sistema dei Servizi sulle dipendenze sottolineano come il *welfare di domani* passa non solo per un incremento di risorse, ma anche per un incremento del capitale sociale dei territori e per una radicale modificazione di quelle che sono le rappresentazioni sociali delle droghe, dei consumatori di droghe e dei tossicodipendenti.

Hanno un'importanza cruciale per il miglioramento continuo del sistema dei servizi la formazione e la valutazione, comprensiva dei sistemi di intervento.

C'è la assoluta convinzione che un miglioramento del welfare, il welfare che desideriamo per il futuro, passa non attraverso una legge che è organica ad un sistema che opera nella direzione di uno smantellamento dello stato sociale, abrogando lo stato di diritto e parlando con gli slogan di un capitalismo compassionevole.

Anche il disegno di legge Fini partecipa alla definizione di un modello di welfare sul quale si va ad esprimere una critica radicale, stigmatizzando in modo particolare la trasformazione dei servizi inserendoli in un circuito assistenziale-carcerario. Tutti gli operatori e le agenzie territoriali sono consapevoli che il disegno di legge Fini non può essere emendato, va ritirato!

Sessione Carcere, consumi e dipendenze

La situazione in carcere con l'attuale normativa è già drasticamente problematica, la proposta di legge Fini rischia di peggiorarla ulteriormente.

I nodi problematici attuali sono:

- il carcere è, sempre più, la risposta penale ad un disagio sociale dell'individuo, una risposta dovuta ad una cattiva interpretazione dell'ansia di sicurezza che le città ed i cittadini esprimono;
- la tendenza italiana, ed europea in generale, ad imitare il modello americano, ci porta ad un aumento della popolazione detenuta, in particolare di persone appartenenti alle fasce più deboli;
- i dati statistici ci dicono che le persone che espiano la pena in carcere hanno una recidiva di circa il 70%; dai follow up sugli affidati, risulta invece che si abbassa al 27% nel caso dei tossicodipendenti e al 12% per gli altri.

Bisogna quindi intervenire sulla penalità, intesa come reclusione, perché sia adottata soltanto nei casi limite, non per reati lievi e quindi per il consumo e la detenzione di piccole quantità di sostanze illegali. Occorre intervenire inoltre sulle modalità di espiazione della pena perché sia garantito l'accesso alle misure alternative.

Tra le diverse proposte alternative al disegno di legge Fini, il gruppo ritiene che quella che vede primi firmatari Boato e Turco meriti particolare attenzione, ed un maggior approfondimento non solo per la depenalizzazione del consumo ma anche per la parte che riguarda l'operatività dei servizi.

Nei frequenti casi in cui coesistono esigenze di salute e di giustizia, occorre far sì che le seconde (le sanzioni penali) non prevalgano sulle prime (la tutela della salute innanzitutto).

Si deve dar corso a quanto previsto dalla recente normativa (legge 419 e decreto legge 230) che prevede il completo passaggio delle competenze in materia di salute dei detenuti, dal ministero della Giustizia al SSN; un esempio eclatante delle lentezze in materia, è dato dagli OPG e dal settore minorile.

Circa la proposta di legge Fini, le principali preoccupazioni riguardano lo stravolgimento di alcuni fondamenti storico-culturali dei servizi e dei trattamenti fin'ora effettuati, in particolare:

- a) il chiedere alle Comunità Terapeutiche di svolgere funzioni di custodia;
- b) il riconoscere la possibilità di certificare lo stato di tossicodipendenza ad altri soggetti diversi dall'Ente pubblico.

Sessione Comunicazione "tra scienza e mistificazione"

Sui temi della comunicazione e della scienza si intrecciano diverse questioni:

- i differenti filoni e indirizzi della ricerca;
- il rapporto fra la ricerca e la politica;
- come la ricerca orienta chi opera sul campo;
- come l'esperienza degli operatori si traduce in "sapere" e cultura diffusa;
- la rappresentazione sociale del consumo di droghe illegali sui media;
- i messaggi in relazione ai differenti target (la popolazione giovanile/la popolazione in generale).

In generale il gruppo ritiene che nonostante i cauti cambi di indirizzo a livello europeo nelle politiche sulle droghe, persista nelle rappresentazioni mediatiche lo stereotipo del consumatore di droghe illegali equiparato al "drogato", al "tossicodipendente", indipendentemente dal modello di consumo.

La ricerca stessa è prevalentemente orientata dal modello di interpretazione del consumo di droga. Quello prevalente è il modello epidemiologico, focalizzato sulla malattia della *addiction*.

Una ricerca dunque perlopiù orientata a ricercare i fattori biologici, psicologici e sociali che rendono gli individui vulnerabili allo sviluppo della malattia "conclamata" e molto meno attenta agli studi antropologici, ai modelli di consumo non additivi.

Il gruppo si è interrogato quindi sul ruolo della politica nel perpetuare gli stereotipi e sul ruolo che gli operatori del pubblico e del privato sociale possono giocare per una diversa rappresentazione sociale del fenomeno e sulle scelte che ciò comporta.

In particolare occorre:

1. attivare programmi di formazione regionale, sia rivolti al pubblico che al privato, sulle revisioni ed i lavori scientifici a livello nazionale ed internazionale (la cultura delle evidenze);
2. promuovere ricerche sui modelli e traiettorie di consumo in setting "naturali" (la strada, i luoghi del divertimento, i servizi);
3. migliorare la comunicazione locale, che non parli in termini generali ma parta dalla quotidianità, evitando che il tema droga emerga solo quando è una posta in gioco nell'arena politica o sull'onda delle cosiddette emergenze;
4. tenendo conto di una diffusa carenza sul piano delle capacità comunicative, programmare stages di formazione nella comunicazione per operatori dei servizi, dirigenti della sanità, personale del terzo settore;
5. sviluppare un'ampia ed approfondita strategia di documentazione sia a supporto dei comunicatori che degli operatori stessi;

6. promuovere campagne di informazione/prevenzione istituzionale, non generiche, valide per chiunque, ma mirate per target, evitando stereotipi banali del tipo “o ci sei o ti fai”;
7. ribadire l’indipendenza professionale degli addetti all’informazione ed alla ricerca, denunciando ogni tentativo di avallare informazioni distorte o parziali o di strumentalizzazione della ricerca;
8. dare più spazio alla comunicazione “di denuncia” ogni qual volta personalità politiche od istituzioni distorcono il pensiero e la ricerca scientifica in materia di droghe e dipendenze;
9. abbandonare la tendenza ad utilizzare slogan comunicativi troppo riduttivi del tipo “consumi zero”, che si prestano troppo ad essere equivocati nel loro significato e che sembrano riprendere concettualmente modalità comunicative tipiche di chi non cerca il dialogo o la comprensione ma si chiude ad ogni esperienza diversa (in questo senso si muove ad es. l’espressione “tolleranza zero”);
10. sottolineare l’importanza strategica del fare ricerca nel contesto e favorire la nascita e l’implementazione, da parte delle Regioni, di centri di documentazione, in rete tra di loro.

Sessione le Comunità come luoghi di libertà

La riflessione si è orientata, così come previsto dal tema assegnato, sull’importanza della filosofia di approccio all’intervento terapeutico. Praticamente si sono sviluppate considerazioni sui necessari antecedenti alla cura.

Alcuni temi forti emersi:

- Oggi è necessario uscire dal rischio di ricadere sulla significazione della salute in chiave morale, la modernità fin da Foucault, aveva superato questo concetto. L’esperienza delle prime comunità per tossicodipendenti aveva, per alcuni aspetti, recuperato questo vissuto (salvare le persone) che poi nel lavoro di presa in carico successivo si è emancipato. La situazione attuale rischia di riportarci a questi antecedenti, la semplificazione scientifica sta avvenendo sostenuta poi in modo plateale dall’approccio potente dei media.
- È necessario acquisire la consapevolezza che nel moralismo non c’è libertà, il moralismo se usato in maniera educativa è prigione ermeneutica. È necessario sicuramente un nesso tra salute e comportamento ma occorre ricercarlo con lucidità. Ogni pratica di cura è una relazione di potere (favorire o impedire il cambiamento). Valorizzare la relazione fra potere e responsabilità dando un peso determinante verso la responsabilità.
- Nella realtà attuale, anche alla luce dei lunghi anni di sperimentazione, ci sono i presupposti tecnico/scientifici per determinare quando e come i trattamenti residenziali sono luoghi di libertà sia per l’operatore che per l’ospite (e su questo le relazioni ne hanno dato ampia dimostrazione). È altresì importante valorizzare il lavoro terapeutico a scapito di quello assistenziale (no all’accadimento generalizzato delle comunità), il senso di non proporsi come ricette uniche ma parte di percorsi, lavorare contro le resistenze al cambiamento in ogni

tipologia di intervento. Approfondire quindi questo contesto trattamentale (la comunità) che è parte di un tutto, del prendersi cura.

- I dati di realtà, i fallimenti, le modificazioni del fenomeno e dell’utenza evidenziano ogni giorno con maggior chiarezza che chi ha la titolarità del trattamento ha anche la responsabilità di cercare ogni possibilità di incontro affinché si possa gestire insieme alla persona accolta (utente) gli obiettivi di cura da raggiungere. Oggi si lavora in una negoziazione continua che ha come presupposto primo il rispetto dei diritti della persona che comprendono anche la sua volontà rispetto alle ipotesi di “guarigione” (quanto, quando e come vuol guarire).

Alcune proposte:

- Avere il coraggio di riprendere a parlare del trattamento comunitario senza ambiguità (le comunità sono di destra, il trattamento ambulatoriale di sinistra...) e partendo dai presupposti etici che sostengono l’intervento.
- Il trattamento comunitario è importante nonostante “San Patrignano”. Comunità non è solo una comunità terapeutica, comunità non è solo la comunità di venti/trenta anni fa.
- Ragionare approfonditamente (e scientificamente) sul trattamento comunitario, dati alla mano (valutazione e valorizzazione), senza semplificazioni affinché la comunità sempre più si affini tecnicamente e sempre più sia inserita nella complessità dell’intervento sulla persona.

Sessione Consumo, consumatori e sistemi di intervento

La sessione, sviluppata autonomamente su interventi programmati dal cartello “Confini zero”, ha posto l’accento sul fatto che occorre tenere sempre ben presenti le diverse forme del consumo, che implicano riflessioni, strategie, interventi, fortemente diversificati a seconda che si parli di:

- a) consumo non problematico;
- b) policonsumo;
- c) consumo medicale e terapeutico;
- d) consumo problematico;
- e) abuso;
- f) dipendenza.

Dalla sessione scaturiscono le seguenti proposte:

1. piena depenalizzazione dei consumi;
2. implementazione e consolidamento degli interventi a bassa soglia;
3. pill-testing;
4. rilancio dei Ser.T. e del Privato sociale potenziandone le competenze di accoglienza e consulenza sanitaria e legale rivolta ai consumatori ed alle loro famiglie;
5. uso della cannabis a scopo terapeutico;
6. sperimentazione di questioni “difficili” quali le Sale di iniezione;
7. apertura di un dibattito con gli operatori sulla opportunità e fattibilità di sperimentare la somministrazione controllata di eroina.

Un corso di formazione per infermieri e assistenti sanitari dei Ser.T. gestito da infermieri esperti nel campo delle dipendenze. È questa l'esperienza che abbiamo realizzato nel dicembre 2004 all'ASL di Brescia e che vogliamo condividere con i lettori della rivista.

L'Infermiere e l'ASV nel Servizio Dipendenze tra responsabilità, autonomia ed esecutività: parliamone!

Simonetta Di Meo*, Annamaria Tonin**, Alessandra Ramera***

La riorganizzazione del Dipartimento delle Dipendenze conseguita all'applicazione delle disposizioni regionali, che ha portato all'aggregazione delle 10 sedi territoriali in due strutture complesse, ha reso indispensabile e possibile il confronto tra gli operatori dei diversi servizi.

Nel contesto organizzativo ed operativo dei Ser.T. dell'ASL di Brescia è ormai consolidato l'inserimento nell'équipe del personale infermieristico, ritenuto un importante e autorevole "racconto" fra il singolo utente ed il gruppo di lavoro.

Tuttavia, sia Infermieri che Assistenti Sanitari, stentano ancora a riconoscersi (e a farsi riconoscere) un preciso ruolo professionale, rivelando quindi una sorta di "crisi d'identità".

La consapevolezza di dover agire un ruolo che prevede abilità relazionali e progettuali e non solo tecnico-operative, non appare ancora completamente acquisita, nonostante la situazione istituzionale lo riconosca e lo richieda, anche alla luce di innovazioni professionali, normative e organizzative.

L'emanazione dei Profili Professionali, la ristesura del Codice Deontologico, nonché la formazione universitaria, hanno infatti modificato il ruolo riconosciuto all'assistente sanitario e all'infermiere, ridefinendone i livelli di responsabilità e di autonomia. Di conseguenza le diverse sedi territoriali sono oggi chiamate a condividere non solo un differente assetto organizzativo, ma anche più appropriati standard assistenziali, nonché nuovi e più omogenei strumenti operativi.

Per fare il "salto di qualità", accogliendo le istanze avanzate dagli infermieri e assistenti sanitari dei Ser.T. dell'ASL di Brescia, si è pensato di offrire loro la possibilità di condividere e socializzare, in un contesto formativo e propositivo che ha visto tra i relatori anche la Presidente del Collegio provinciale IPASVI, le aspettative, i problemi, le responsabilità e gli strumenti legati alla gestione dell'assistenza erogata/erogabile alla persona in carico al Ser.T.

Gli obiettivi che il percorso formativo si è posto sono:

- **Riflettere**, alla luce dello specifico Profilo Professionale e del Codice Deontologico, sul ruolo educativo e assistenziale del personale infermieristico (AS e infermieri) assegnato ai Ser.T.
- **Promuovere** un confronto sul ruolo e sulle responsabilità dell'infermiere e dell'AS nel Ser.T., alla luce anche della riorganizzazione dipartimentale.
- **Ricerca e condividere** metodologie e strumenti appropriati per garantire la presa in carico e la gestione, da parte del personale infermieristico, dell'utente/gruppo utenti del Ser.T.
- **Favorire** la costituzione di gruppi di lavoro tesi a sviluppare e a rendere operativi alcuni spunti emersi nel corso dell'evento formativo.

* DAI Resp. SITRA.

** AFD SITRA.

*** Inf. prof. Ser.T. 2, ASL della Provincia di Brescia.

Il corso è stato articolato in due edizioni per consentire la partecipazione a tutti gli infermieri e gli AS del Servizio Dipendenze. Le relazioni ed i momenti di confronto si sono alternati coinvolgendo attivamente, talvolta anche in modo vivace, docenti e discenti.

Ne è scaturito un dibattito costruttivo che ha portato ad evidenziare le principali criticità vissute dagli operatori e le relative proposte di miglioramento.

Ad oggi si sono costituiti gruppi professionali finalizzati a "capitalizzare" gli spunti emersi nel corso dell'evento formativo, al fine di tradurli nella pratica e verificarne l'efficacia operativa nel tempo.

Tutto ciò in un'ottica di valorizzazione della competenza maturata sul campo dal personale infermieristico, al quale viene offerta la possibilità di divenire "protagonista del cambiamento".

Il corso ha avuto un alto indice di gradimento da parte dei partecipanti, soprattutto grazie al confronto tra pari con i colleghi della SIDEC che, per il condiviso vissuto professionale, hanno saputo entrare in sintonia sul piano esperienziale e testimoniare la possibilità di realizzare il cambiamento.

Le relazioni presentate:

La riorganizzazione territoriale dei Servizi Dipendenze nell'ASL di Brescia, secondo le linee programmatiche della Regione Lombardia

Elisabetta Secchi, Medico, Direttore del Dipartimento per le Dipendenze ASL Brescia

Simonetta Di Meo, DAI, Responsabile del Servizio Infermieristico dell'ASL di Brescia

Dai mansionari ai profili professionali delle figure infermieristiche: quale formazione, quali attribuzioni, quali responsabilità

Federica Renica, Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Aspetti salienti del nuovo Codice Deontologico

Federica Renica, Presidente Collegio IPASVI di Brescia

La relazione d'aiuto con l'utente: il counselling

Marcellina Bianco, Infermiera Coordinatrice Presidente SIDEC (Società Italiana Infermieri Dipendenze e Patologie Correlate)

Il piano di nursing e le diagnosi infermieristiche: istruzioni per l'uso

Antonio Potosnjak, Infermiere esperto SIDEC

Potenzialità del ruolo dell'infermiere e dell'ASV all'interno dell'équipe professionale e dell'équipe multidisciplinare

Elvira Giorcelli, Infermiera esperta SIDEC

Conduzione dei lavori di gruppo e tutor d'aula

Giuseppe Pietrobelli, Infermiere esperto SIDEC, direttivo FeDerSerD Lombardia.

Eventi scientifici

FeDerSerD propone un importante evento scientifico per il secondo semestre del 2005. Si sente il bisogno di mettere alcuni punti fermi sulla realtà della diffusione dei poliabusivi, in particolare di una sostanza, la cocaina, di cui tutti vediamo gli effetti nel nostro operare quotidiano.

Esperti nazionali e internazionali, tra cui noti esponenti del NIDA, tracceranno i profili clinici dei consumatori e degli abusatori, aggiornando sulle terapie e le strategie di aggancio e riabilitazione.

Il tema del poliabuso troverà ampio spazio nelle relazioni.

Sarà possibile esporre le esperienze italiane più significative (a tal fine chi fosse interessato può inviare entro il 30 settembre un abstract alla segreteria del congresso sotto indicata, per la valutazione del comitato scientifico). Segnaliamo anche la possibilità di proporre arricchimenti, variazioni e alternative tematiche agli Workshop proposti.

Tra gli obiettivi congressuali vi è anche quello di analizzare lo scenario internazionale legato alla diffusione della cocaina, negli aspetti giuridici, di contrasto del mercato, sociologici e politici.

PALERMO 30 novembre-2 dicembre 2005
Congresso tematico nazionale a partecipazione internazionale
COCAINA E POLIABUSO: LA REALTÀ ITALIANA E GLI SCENARI INTERNAZIONALI
Programma scientifico - Primo annuncio

Mercoledì 30 novembre, pomeriggio Inaugurazione al Teatro Politeama

Presentazione del Convegno
 Lezione magistrale: Gli scenari internazionali
 Lezione magistrale: Cocaina e territorio
 Tavola rotonda con Istituzioni, politici ed esperti

Coabuso eroina-cocaina:

- Un approccio farmacologico nella terapia dell'eroinomane con coabuso di cocaina.
- Recettori K: il razionale dell'uso di farmaci antagonisti.
- Revisione della letteratura.
- L'esperienza italiana.

Giovedì 1° dicembre

1ª Sessione: Cocaina: la ricerca e la clinica

Epidemiologia dell'uso e del consumo problematico di cocaina in Italia
 La genetica del cocainismo
 Addiction e meccanismi d'azione
 Diagnosi del cocainismo primario e secondario
 Cocaina e poliabusers

2ª Sessione: Cocaina, coabuso, terapie farmacologiche

Cocaina:

- Terapia dell'intossicazione e dell'astinenza da cocaina.
- Farmacoterapia del cocainismo nella comorbilità psichiatrica.

Venerdì 2 dicembre

3ª Sessione: Cocaina, contesti terapeutici ed interventi psicoterapici

Setting e contesto terapeutico
 Psicoterapia dinamica
 Psicoterapia cognitiva
 Interventi di gruppo

4ª Sessione: Workshop - Sessioni parallele (provvisori)

1ª: Cocaina: Diagnosi
 2ª: Cocaina: Adolescenza, percezione del rischio e diagnosi precoce
 3ª: Cocaina: Genitorialità ed integrazione dei Servizi
 4ª: Cocaina: Profilo e caratteristiche dei consumatori
 5ª: Cocaina: Organizzazione dei Servizi



Accreditamento ECM per tutte le figure professionali operanti nei Servizi

Segreteria organizzativa: EXPOPOINT, Via Matteotti n. 3, 22066, Mariano Comense (CO), tel 031748814, fax 031751525, e-mail federserd@expopoint.it

Quote di iscrizione: soci FeDerSerD (laureati € 100,00; non laureati € 70,00); non soci (laureati € 160,00; non laureati € 110,00)

CAMPANIA

Durante l'affollato Secondo Congresso regionale di Castellammare di Stabia, che ha visto 300 professionisti presenti, è stato eletto il nuovo direttivo regionale della Federazione.

Presidente è stata nominata Clara Baldassarre, dirigente di struttura complessa a Napoli.

SARDEGNA

Roberto Pirastu, dirigente di struttura complessa a Carbonia, è stato nominato responsabile del coordinamento provvisorio della Federazione in Sardegna.

L'indicazione è scaturita dai rappresentanti delle Province sarde riuniti ad Oristano alla presenza del presidente nazionale e del segretario esecutivo di FeDerSerD.

LAZIO

Claudio Leonardi, dirigente di struttura complessa a Roma, è stato nominato presidente della Federazione regionale del Lazio. Quasi duecento professionisti hanno partecipato alla assemblea elettiva, all'interno del Congresso regionale che ha visto 400 partecipanti.

ABRUZZO e MOLISE

Si è costituita la Federazione Interregionale Abruzzo - Molise. È stato approvato lo statuto e sono stati eletti gli organismi di FeDerSerD Abruzzo - Molise. Presidente è stato eletto Donato Di Pietropaolo, coordinatore responsabile a Vasto.

Cesare Di Carlo, dirigente di struttura complessa a Giulianova, è stato eletto coordinatore del Comitato Etico Scientifico.

LOMBARDIA

Edoardo Cozzolino, dirigente di struttura complessa a Milano, è stato nominato presidente della Federazione lombarda durante i lavori del Congresso regionale tenutosi a Milano alla presenza di 500 professionisti.

Nominato anche il direttivo regionale con il compito di riconvocare entro l'anno 2005 l'assise regionale per le elezioni triennali.

LOMBARDIA

Il Direttivo Lombardo di FeDerSerD, riunitosi a Milano il 6 maggio 2005, a seguito della Assemblea federale tenutasi durante il Congresso regionale a marzo, valutate le indicazioni emerse in tale sede, propone le regole per la elezione del Direttivo Regionale della Federazione, da tenersi entro la scadenza naturale del mandato all'attuale direttivo provvisorio, ovvero fine 2005 con specifico evento.

I criteri elettorali sono:

- 9 membri eleggibili. Sono inoltre membri di diritto in quanto componenti del direttivo nazionale Lucchini e Fea.
- Le liste elettorali devono essere pluriprofessionali (almeno un componente per professione rappresentata nel settore e comunque almeno medico, psicologo, infermiere prof/asv, educatore prof., assistente sociale, con possibilità di rappresentanti del privato non profit).
- Le liste devono avere una rappresentazione territoriale (non meno del 50% delle ASL lombarde).
- Le liste devono essere sottoscritte da almeno un socio, in regola con la quota annuale 2005, e dai candidati proposti.

Le liste vanno indirizzate con raccomandata ar alla segreteria organizzativa della Federazione EXPOPOINT, via Matteotti 3, 22066 Mariano Comense (CO), tel. 031748814, fax 031751525 che controllerà i requisiti degli iscritti (regolare iscrizione e quota annuale assolta), **entro il 30 settembre 2005.**

Il presente regolamento è pubblicato su Mission e sul sito web www.federserd.it e inviato via mail agli iscritti della Federazione Lombarda.

PUGLIA

**Ill.mo Signor
Presidente Regione Puglia
On. Dott. Nichi VENDOLA
B A R I**

Oggetto: proposta istituzione Consulta Regionale delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali nel campo delle Dipendenze Patologiche.

Ill.mo Signor Presidente, ci permettiamo inviarLe la presente a nome delle Società Scientifiche nazionali che abbiamo il piacere di rappresentare anche nella realtà regionale pugliese.

L'impegno ed il lavoro profusi nel corso degli ultimi decenni, pone le nostre Società come punto di riferimento ineludibile per i servizi e i professionisti che operano nel settore delle dipendenze

patologiche, non solo per gli obblighi statutari a tutela e a promozione delle conoscenze scientifiche e della corretta prassi professionale, ma soprattutto nel convincimento che ogni forma di conoscenza ed ogni conseguente modello di azione debbano sempre essere espressione di valori condivisi e validi per poter essere promotori di salute e di benessere effettivi, sia per la persona che per la società.

Connettere coerentemente nel sistema di cure questi principi non significa semplicemente dare risposte sulla base di un sapere e di un esperire maturo e scientificamente valido, bensì affermare e consolidare nelle forme dell'azione e nei modelli comportamentali del nostro operare un senso e un significato etico nelle risposte di prevenzione, cura e riabilitazione che possiamo pensare, progettare, realizzare.

Questo riteniamo sia elemento essenziale, ancora più sofferto e stridente nel campo in cui noi operiamo, condizionato dallo stigma, dal pregiudizio, dall'autoreferenzialità e dall'arbitrarietà con cui, purtroppo ancora oggi da parte di taluni, si intende non solo dare risposte, ma addirittura interpretare nella sua complessità e articolazione i comportamenti e gli stili di vita e, in definitiva, la malattia stessa.

In ogni forma di dipendenza patologica - condizione umana difficile da cogliere nella sua interezza per le varieguate espressioni di disagio umano e di sofferenza, nonché altrettanto laceranti per l'esistenza individuale e sociale - si condensano le contraddizioni e i paradossi della nostra cultura e della nostra realtà collettiva. A tutto questo, inoltre, non fanno eccezione

anche i comportamenti e le decisioni delle Istituzioni nel metodo e nel merito con cui intendono affrontare le dipendenze patologiche e i comportamenti di uso/abuso di sostanze psicoattive.

Per queste ragioni, come società scientifiche, abbiamo sempre espresso il nostro disappunto, le nostre critiche e avanzato le nostre proposte, anche in riferimento a normative e revisioni di normative che privilegiano ed enfatizzano la punizione e la condanna sociale come preminente, se non unico, strumento di controllo: non punire, ma educare; riconoscere la malattia e offrire reali opportunità di crescita e di vita; esprimere il bisogno profondo di un cambiamento che necessariamente investe il tessuto sociale e umano nella sua interezza.

Altrettanto devastante appare tuttavia il ruolo istituzionale quando si rende latitante o ambiguo, come purtroppo è stato in tanti anni nella nostra realtà regionale pugliese, rispetto alle necessità di dare forma ad un efficace sistema di intervento nelle dipendenze patologiche.

Ancora oggi noi soffriamo lo svantaggio di incredibili ritardi, di stratificazioni organizzative e decisionali, di scelte amministrative e di politica sanitaria che sono risultate estemporanee, approssimative e confuse, sino a non definire esattamente il ruolo e la collocazione dei Ser-

vizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) e dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche (DDP) nell'ambito del sistema sanitario regionale.

Tutto questo ha favorito personalismi, egoismi, meccanismi di cooptazione che hanno privilegiato interessi individuali, talora in offesa alle normative e alla corretta applicazione delle leggi nazionali di riferimento per il nostro settore. Di fatto, ancora oggi, tutto ciò alimenta disaffezioni e gravi difficoltà operative dei servizi e dei professionisti che in essi lavorano, dispendio di risorse e assoluta mancanza di verifica, come nell'utilizzo dei fondi regionali previsti dal DPR 309/90, offuscamento e talora franca violazione dei diritti civili dei cittadini pugliesi a poter usufruire di strutture specialistiche socio-sanitarie, pubbliche e private, di sempre maggiore qualità ed efficacia nella tutela della propria salute.

Di queste considerazioni, che da anni esprimiamo con chiarezza, per quanto inascoltati, nelle varie sedi ed occasioni e, soprattutto, negli eventi formativi che ci vedono impegnati come società scientifiche, riteniamo doveroso di renderLa partecipe.

Ravvisiamo, infine, la necessità di porre alla Sua attenzione la proposta di istituire anche in Puglia una Consulta Regionale che riunisca i rappresentanti di tutte le

società scientifiche e delle associazioni professionali di settore, rappresentative e significative, nonché della società civile, che si occupino autorevolmente di problematiche connesse alla prevenzione, cura e riabilitazione nel campo delle dipendenze patologiche e dei comportamenti di uso/abuso di sostanze psicoattive. Una siffatta Consulta Regionale potrebbe, a nostro avviso, costituire un valido e utile strumento consultivo per gli organismi istituzionali pugliesi, nonché un efficiente riferimento tecnico e specialistico per coerenti e adeguati interventi nel settore delle tossicodipendenze e delle dipendenze patologiche, che – anche alla luce di quanto sopra riportato – si rendono necessari e non ulteriormente procrastinabili.

RingraziandoLa per l'attenzione che vorrà dedicare ai temi e alla proposta formulataLe, e nell'augurarLe buon lavoro, porgiamo i nostri più sinceri e cordiali saluti.

Bari, 29 aprile 2005

Dr. Roberto CATALDINI
Direttivo Nazionale FeDerSerD
Responsabile FeDerSerD Puglia

Dr. Gaetano DERUVO
Direttivo Nazionale SITD
Presidente SITD Puglia

RECENSIONE



Giampiero Ferrario,
Francesca Campostrini, Claudia Polli

Psicologia e carcere Le misure alternative tra psicologia clinica e giuridica

Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/
Quaderni - direttore scientifico:
Alfio Lucchini
pp. 160, € 14,00 Cod. 231.1.22 (V)

Gli operatori e i volontari che, per il loro lavoro di cura o di assistenza, varcano le porte di un carcere, si trovano immersi in una realtà del tutto particolare, caratterizzata da dinamiche relazionali molto complesse.

Per poter intervenire in modo efficace in un contesto tanto difficile è fondamentale, innanzitutto, capire quali elementi caratterizzano il rapporto detenuti-agenti e, secondariamente, quello detenuti-operatori esterni, in modo da calibrare al meglio la posizione professionale da assumere e gli interventi da attuare. Con questo obiettivo gli autori hanno indagato gli aspetti del conflitto sociale e psicologico che definisce i rapporti interper-

sonali che si instaurano in carcere, e che ne determina sia la qualità sia la ricerca "semplificatrice" di alleanze.

Alla prima parte teorico-metodologica del volume, che si sofferma sulle caratteristiche dell'ambiente psicologico del carcere, segue nella seconda parte la descrizione di un'esperienza di aiuto per tossicodipendenti detenuti. Scopo della riflessione di gruppo è favorire nel detenuto il processo di rappresentazione del proprio passaggio da dentro a fuori il carcere all'interno di una cornice personale di senso. L'operatore può assumere il ruolo di "perturbatore" e agevolare cambiamenti significativi se riesce a trovare il modo (e il luogo) per far riflettere il detenuto/paziente sull'esperienza del carcere, sul reato commesso e sulle misure alternative. Per il taglio pragmatico che lo contraddistingue, arricchito dalla presenza di esemplificazioni cliniche tratte dall'esperienza, il volume si rivolge in particolare agli psicologi, agli operatori e ai volontari che svolgono la propria attività in carcere.

Giampiero Ferrario, psicologo e psicoterapeuta, è responsabile del Ser.T. del carcere di Milano-Opera, Dipartimento delle dipendenze patologiche della Asl Milano 2.

Francesca Campostrini, psicologa e psicoterapeuta di gruppo è membro del Laboratorio di Gruppo Analisi di Torino.

Claudia Polli, pedagoga, è educatrice del CeAS, Centro Ambrosiano di Solidarietà, Milano.

In trent'anni di sviluppo dell'intervento sulle dipendenze nel nostro Paese i servizi pubblici e professionali privati sono stati e sono tutt'ora i pilastri per la costruzione di un sistema integrato per affrontare vecchie e nuove necessità.

Su "Mission" lanciammo la richiesta ai professionisti di settore di evidenziare le loro migliori esperienze.

La UOA Patologie da Dipendenza della ASL 3 di Torino, diretta da Emanuele Bignamini, membro del direttivo nazionale di FeDer-SerD, ci propone un progetto che ha concorso con altri 40 a livello della Regione Piemonte sul tema generale "Sei progetti per favorire l'integrazione socio-sanitaria", per il 2004.

Una iniziativa di FEDERSANITÀ-ANCI Piemonte.

I colleghi si sono classificati terzi e sono stati premiati il 18 marzo 2005.

Pronta Assistenza (PR.ASSI.)

Rosanna Giulio, Emanuele Bignamini***

La Pronta Assistenza (PR.ASSI.) è un Servizio per l'accoglienza, l'orientamento, la prevenzione secondaria e terziaria delle complicanze droga-correlate e il recupero delle persone tossicodipendenti.

L'idea di una Pronta Assistenza, sorta a seguito di una serie di osservazioni sulle modalità di assistenza in atto nei Servizi per le Tossicodipendenze, alla revisione della letteratura relativa alle esperienze terapeutiche in altri paesi, prende la forma di progetto nel 1996.

La progettazione coinvolge operatori del Ser.T., operatori del privato sociale (Gruppo Abele), soggetti appartenenti ad iniziative autogestite presenti in Torino (giornale di strada Polvere, gruppo di auto aiuto Fluxo), ed utenti del Ser.T.

Nell'aprile 1997 si apre il Drop-In, il primo in Piemonte e uno dei primi in Italia, in locali concessi in via transitoria dall'ASL 3 siti nel territorio della V Circoscrizione, in Via Borgaro a Torino, con orario pomeridiano e apertura trisettimanale.

Progressivamente il Servizio si sviluppa e, grazie anche alla positiva verifica del primo anno di attività, è possibile aumentare il numero degli operatori e l'orario di apertura: da aprile 1998 il Drop-In è aperto 6 giorni su 7 con orario 15.00-19.30. Nel 1999 vi è una svolta importante rappresentata dalla erogazione di un finanziamento regionale ad hoc (la Regione aveva riconosciuto la validità del progetto e la sua funzione sovrazonale, essendo l'unico servizio del genere in Piemonte e avendo una elevata quota di utilizzatori da tutte le ASL) e dalla decisione della ASL di dare una sede adeguata al Servizio che era cresciuto, ristrutturando locali resisi disponibili nell'area dell'Ospedale Amedeo di Savoia.

A completare il mosaico delle risorse, anche Associazioni private: "Monte Ana-

logo", associazione di Amici del Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze, che dona arredi ed attrezzature, l'Associazione "Isola di Arran" offre volontariamente consulenza legale, volontari e piccoli sponsor.

L'orario del Drop-In viene ulteriormente ampliato: l'apertura è 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno dalle 15.00 alle 20.30.

Nel febbraio 2001 la Pronta Assistenza assume la sua attuale fisionomia, con l'attivazione anche del modulo sanitario: agli interventi socioassistenziali, educativi e psicologici, si affianca anche l'assistenza medica e infermieristica, offerta al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 15 alle 19.30.

Dal 2004 la Regione Piemonte non ha più erogato contributi per il Servizio e l'ASL 3 ha dovuto farsi carico integralmente dei costi.

Ciò ha posto il problema della sostenibilità organizzativa, affrontato con un investimento della Direzione Generale e con una riorganizzazione della UOA Patologie da Dipendenza, che ha consentito, attraverso interventi di consulenza organizzativa, formazione del personale e redistribuzione delle risorse di ricavare i finanziamenti necessari per consolidare il progetto.

La Pronta Assistenza è composta da due moduli, uno di tipo socio-educativo (Drop-In), focalizzato sugli interventi di assistenza sociale, educativi, psicologici, l'altro, di tipo sanitario, dedicato agli interventi medici ed infermieristici.

I due moduli sono strettamente connessi tra loro e lavorano in integrazione.

È un Servizio facilmente ed immediatamente accessibile, senza filtri o attese per l'accesso, ubicato nel comprensorio dell'Ospedale Amedeo di Savoia, ma aperto sulla strada con un ingresso indipendente. Il **modulo socio-educativo** è un centro di ascolto e orientamento dove sono anche attivi sportelli specifici per consulenze su assistenza sociale, salute, problemi legali,

e propone anche laboratori e varie attività socializzanti e riabilitative (sportive, culturali, ricreative).

È un'accoglienza che offre la possibilità di sperimentare modalità di rapporto diverse da quelle di una quotidianità centrata sulla ricerca e sull'uso di sostanze e condotta con stili relazionali improntati alla passività e alla devianza, un luogo dove i rapporti interpersonali positivi sono favoriti da un continuo lavoro di facilitazione dell'auto-aiuto e dell'iniziativa personale da parte degli operatori, un luogo di sviluppo di pratiche di "empowerment", cioè della possibilità di diventare consapevoli delle proprie abilità individuali e di gruppo, e di svilupparle.

L'intervento si avvale della metodologia del supporto tra pari o "peer support".

È un contesto relazionale adatto a favorire una comunicazione diretta, aperta e fluida fra gli operatori e i frequentatori, centrata sul "qui e ora", che rende possibile l'espressione dei propri problemi e delle proprie difficoltà, e rende possibile anche un'efficace passaggio di informazioni di educazione sanitaria, per la tutela della propria ed altrui salute, e per lo sviluppo di atteggiamenti di responsabilità verso se stessi e verso la collettività e di maggior consapevolezza, usando anche il periodo di consumo di sostanze per costruire una relazione positiva con la persona tossicodipendente.

Anche il **modulo sanitario** è facilmente ed immediatamente accessibile, senza filtri o attese per l'accesso; vi vengono erogate prestazioni per i problemi di dipendenza, visite mediche per le patologie correlate, terapie d'urgenza, medicazioni, screening per la situazione infettivologica (in particolare epatiti, HIV, tbc, infezioni sessuali), vaccinazioni per l'epatite B e tetano, colloqui di counselling sanitario, contenimento, sostegno, orientamento, invio. Da un lato rappresenta un elemento innovativo colmando un vuoto nella rete dei Servizi per quanto riguarda le risposte possibili alle richieste sanitarie urgenti e dall'altro rappresenta un miglioramento nelle procedure già in atto negli Ambulatori del Ser.T., annullando i tempi di attesa per le visite mediche e differenziando le offerte e le sedi del trattamento.

* Responsabile Pronta Assistenza.

** Direttore UOA Patologie da Dipendenza, ASL 3 di Torino.

Il Servizio è strutturato per effettuare interventi "just in time" per un'ampia gamma di situazioni "improvvisate" (urgenti, emergenti, impreviste), erogando diversi tipi di prestazione (psicologica, sociale, educativa, medica), di elevata qualità professionale (capaci cioè di riconoscere la complessità del bisogno del paziente e di elaborare risposte articolate ed integrate con le risorse della rete esterna del sistema di cura), efficaci nella comunicazione e nel rapporto con gli utenti e punto di riferimento nel sistema di cura complessivo.

È un servizio di primo accesso in grado però di fornire, anche per periodi prolungati, interventi complessi e multidisciplinari, e di offrire una gamma completa di risposte (educative, psicologiche, assistenziali, mediche ed infermieristiche, individuali e di gruppo).

L'organizzazione del Servizio, e la capacità degli operatori di accogliere, prendersi cura, accompagnare, genera una relazione significativa che inizia spesso con un accudimento di tipo materno (cura del corpo e dei bisogni primari), e giunge a far maturare domande di cambiamenti più evolutive e complesse, per rispondere alle quali si è affinata la capacità di lavorare in stretto collegamento ed integrazione con gli altri Servizi che gestiscono il trattamento, così come si è progressivamente costruita una rete dei servizi che si occupano di aspetti diversi delle stesse persone, con l'obiettivo di agevolare il cliente nel raggiungimento e nella fruizione delle risorse del territorio, sia quelle formali che quelle informali di aiuto, creando occasioni di conoscenza e scambio.

Un aspetto fondante di PR.ASSI. è il lavoro di rete.

Questo si sviluppa con diverse Agenzie e Servizi del territorio cittadino, regionale e nazionale.

Sono direttamente in contatto continuo con il Servizio i Dormitori cittadini, comunali e non, le Mense, comunali e non, i Servizi Sociali, i Servizi socio assistenziali - Settore Adulti in Difficoltà, servizi di assistenza quali Endurance (ASL 5), Ambulatorio medico Porta Nuova (ASL 1), Ambulatori ISI, il Cottolengo, i Servizi Vincenziani, Servizi del Gruppo Abele. Nella gestione dei singoli casi la rete si estende a Cooperative, volontari, Associazioni, Comunità.

Il Servizio aderisce al tavolo sociale della Circostrizione V.

PR.ASSI. offre servizi di assistenza socio-sanitaria integrati, in tempi rapidi e facilmente accessibili, a soggetti che non riescono ad accedere alla cura presso strutture con programmi terapeutici "tradizionali" e che possono dare risposte in tempi differiti e solo su aspetti parziali.

La richiesta di intervento di chi si rivolge ad un Servizio per le Tossicodipendenze

ha spesso le caratteristiche dell'emergenza, e richiede risposte in tempi rapidi.

La domanda è di solito complessa: oltre alla dipendenza da sostanze in senso medico, sono spesso presenti condizioni sociali compromesse, crisi emotive anche famigliari, problemi giudiziari, altri problemi di salute, bisogni primari legati alla sopravvivenza che richiedono l'organizzazione di risposte e interventi sia sul piano sanitario, sia sul piano socio-assistenziale.

Una risposta così complessa non può essere articolata all'interno di un unico Servizio, per quanto multidisciplinare come il Ser.T., ma richiede sia una differenziazione dei luoghi e dei processi di trattamento all'interno della stessa Unità Operativa di Patologie da Dipendenza, sia la strutturazione di una rete stabilmente connessa di Servizi afferenti ad Amministrazioni diverse.

Inoltre, i tossicodipendenti spesso non ricevono adeguate risposte alle emergenze che presentano nei P.S. ospedalieri sia per l'incongruità del loro comportamento e dei bisogni portati, sia per l'assenza di una adeguata competenza specialistica e di una adeguata organizzazione della struttura sanitaria.

La mancanza o l'inadeguatezza o il rinvio della risposta espone il paziente, la sua famiglia e l'ambiente sociale ad un aggravamento e ad una esacerbazione del problema.

Una pronta risposta è un fattore fortemente motivante per il paziente ed è incoraggiante per la sua famiglia: la risposta immediata si fissa nel sistema motivazionale come un "rinforzo" premiante alla richiesta di aiuto e favorisce lo sviluppo di un legame forte con il sistema curante (ritenzione in trattamento).

Le abituali modalità di accesso all'ambulatorio del Ser.T. e alle sue prestazioni non favoriscono l'accesso di una popolazione di soggetti particolarmente problematici, i cui bisogni assumono spesso, più che rilevanza strettamente sanitaria, una valenza socio-assistenziale

Inoltre una quota di pazienti, per quanto in rapporto continuativo con il Servizio, non sono regolari nel rispetto del "setting" di cura (appuntamento con diversi operatori, assolvimento di impegni, monitoraggio regolari, partecipazione alle attività proposte), per cui il trattamento con la metodologia classica non risulta efficace; in un "setting" diverso (interventi "just in time", situazione di gruppo, offerte diverse contemporaneamente presenti, minore distanza con il terapeuta, utilizzo di "oggetti transizionali") riescono a sviluppare un percorso di cura e a modificare la loro condizione in senso evolutivo. Si è strutturata una rete di contatti stabili con servizi pubblici e privati per la gestione di problematiche complesse e per

snellire le modalità di invio e accettazione tra agenzie diverse, costruendo non solo una rete di risorse per il problema, ma anche una rete di sostegno e di protezione alla motivazione al trattamento del soggetto, con l'obiettivo di migliorare la compliance di pazienti già in trattamento presso i Ser.T., affiancando agli ambulatori un servizio educativo e sanitario in grado di seguire i pazienti quotidianamente, sostenendone la motivazione al cambiamento e accompagnandoli nel percorso di cura.

Gli utilizzatori del Servizio principalmente sono soggetti tossicodipendenti con condizioni multiproblematiche, con motivazione al trattamento anche parziale e instabile, che richiedono interventi tempestivi e altamente integrati dal punto di vista sociosanitario.

Presentano bisogni di tipo sanitario (gestione della intossicazione o della astinenza, condizioni di salute generali, patologie infettive e psicopatologie associate) e anche di tipo relazionale (compromissione dei legami familiari e sociali, mancanza di un interlocutore privilegiato per il confronto e il sostegno) e socio-assistenziali (mancanza di fonti legali di sostentamento, assenza di documenti personali, situazioni giuridiche trascurate).

Nel Servizio di Pronta Assistenza trovano una risposta alle necessità di assistenza immediata, dai bisogni di sussistenza a quelli sanitari, a quelli relazionali e affettivi con restituzione della dignità personale; trovano un punto di riferimento stabile dove reperire informazioni per orientarsi tra le diverse agenzie del territorio, in campo sanitario, dell'assistenza sociale, del mercato del lavoro e della casa.

Il Servizio produce anche materiale informativo cartaceo.

Gli utilizzatori possono usufruire di accompagnamenti terapeutici verso i servizi ambulatoriali e di sostegno ai progetti di inserimento in centro crisi e comunità residenziali, e sono così facilitati nella realizzazione di progetti articolati che prevedono il coinvolgimento di altre agenzie; trovano inoltre la possibilità di recuperare e sviluppare le proprie risorse tramite attività culturali, sportive, socializzanti, laboratori di tipo espressivo (empowerment).

Le diagnosi e gli avvisi precoci alle cure evitano gravi degenerazioni delle condizioni sanitarie e psicosociali, e la possibilità di iniziare in un contesto di facile accessibilità una relazione terapeutica, innesca meccanismi di consapevolezza sullo stato della propria salute e sulla possibilità di prendersene cura.

Inoltre, la Pronta Assistenza può offrire gestione di situazioni critiche e orientamento nel sistema dei servizi a familiari e persone vicine ai tossicodipendenti.

Sviluppi conseguiti

La Pronta Assistenza è attualmente pienamente inserita nella operatività sia della UOA Patologie da Dipendenza della ASL 3, sia dei diversi Dipartimenti della ASL stessa (con invii dal Pronto Soccorso, dai Reparti specialistici ospedalieri, in particolare con quelli infettivologici), sia con i Ser.T. delle diverse ASL del Piemonte, sia con i Servizi socioassistenziali del territorio.

Attualmente il Drop-In è aperto 6 giorni su 7, con orario pomeridiano, dalle 15.00 alle 19.30 (la riduzione di apertura al pubblico consegue alla riduzione delle disponibilità finanziarie, come sopra illustrato).

Per l'intero orario di apertura sono presenti in media 4 operatori, che si occupano della gestione dei diversi aspetti del lavoro, operando in gruppo.

L'équipe è multidisciplinare; è composta da 5 Educatori Professionali, uno dei quali è responsabile degli interventi educativi, 4 Operatori Pari, 1 Psicologo.

La presenza dell'Operatore Pari, fin dal momento della progettazione, è una peculiarità e un elemento qualificante del Servizio.

Il Modulo Sanitario è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle ore 15.00 alle 19.30.

Per l'intero orario di apertura sono presenti una media di 4 Operatori sanitari che si occupano dei diversi aspetti del lavoro, dall'accoglienza del paziente all'intervento specialistico.

L'équipe è composta da 4 Medici e 4 Infermieri Professionali, che collaborano anche con il contiguo Servizio di Somministrazione Metadone.

PR.ASSI è un Servizio innovativo che ha colmato un vuoto nel panorama delle offerte di cura per i tossicodipendenti.

La sua utilità è dimostrata anche dal progressivo aumento delle persone afferenti al Servizio e delle prestazioni erogate.

Riportiamo qui di seguito alcuni dati che evidenziano il significativo aumento del regime di lavoro.

La capacità di prevenire/contenere i rischi legati all'uso cronico di sostanze stupefacenti è migliorata, grazie a questa impostazione, sia da parte del Servizio, sia da parte dell'utente, attraverso la formazione a comportamenti più corretti e sicuri per sé e per l'ambiente e si è raggiunto l'obiettivo di aumentare la quota di soggetti problematici assistiti dai Servizi sociosanitari, in modo da ridurre la ricerca di "soluzioni" che i singoli possono attuare in modo disfunzionale per se stessi e per la società.

Uno degli obiettivi più significativi della Pronta Assistenza è quello di venire a contatto con soggetti che non sono mai stati seguiti, o che non lo sono più, da un Ser.T. o da una Comunità (cosiddetto sommerso e ri-sommerso).

Si evidenzia che, mentre il 58% dei passaggi si riferisce a soggetti già in contatto con i Ser.T. e gli altri Servizi, il 42% riguarda soggetti mai entrati in contatto con il sistema di cura o che ne sono usciti, abbandonandolo (sommerso e ri-sommerso).

Circa il 15% del sommerso viene inviato e messo in contatto con i diversi Servizi territoriali competenti per le problematiche presentate.

Il 2-3% viene anche fisicamente accompagnato, sia per le condizioni della persona, sia per garantire l'esito dell'invio.

Nel corso dell'ultimo anno sono state fatte 22 diagnosi precoci di HIV e altre patologie infettive misconosciute, grazie all'esecuzione di test e screening in qualsiasi momento della giornata, e i pazienti sono stati avviati alle cure specifiche.

Sono state inoltre gestite 1989 crisi ed urgenze di diverso genere.

L'efficacia degli interventi di educazione sanitaria è comprovata dall'AMIAT, che ha rilevato una diminuzione dell'81,8% delle siringhe abbandonate in strada, nel territorio di riferimento della Pronta Assistenza, in tre anni (1997-2000).

Il Servizio è un punto di riferimento sovrarazionale: il 74% degli utilizzatori proviene dal territorio di altre ASL della Città di Torino e della Regione Piemonte e il 5% proviene da fuori Regione.

La riproducibilità del modulo educativo è comprovata dalle numerose osservazioni effettuate da altri Servizi per le tossicodipendenze (oltre a ASL di Torino, anche Ivrea, Milano, Cuorné, Palermo, Alessandria, Biella, Venezia, Genova, Modena, Caserta, Bolzano, Brescia, Frascati, Bologna) a seguito delle quali

sono stati aperti diversi Drop-In in Italia. Per quanto riguarda, invece, la Pronta Assistenza nel suo complesso, risulta a tutt'oggi un Servizio del tutto innovativo nel panorama nazionale ed europeo per la caratteristica di coniugare gli interventi sanitari con quelli socio-riabilitativi in modo diretto ed integrato, favorito anche dalla contiguità dei due moduli, dal funzionamento del gruppo di operatori come una unica équipe e dal lavoro di rete come principio sistematico dell'intervento.

Ciò consente un approccio al paziente basato sul prendersi cura (invece che sul curare esclusivamente tecnico), con un gradiente che parte dall'accudimento dei bisogni essenziali alla persona per giungere fino agli interventi più specialistici ed evolutivi.

Inoltre, le competenze acquisite dagli operatori sono riconosciute.

Diversi Enti: Università, Amministrazione Penitenziaria di Torino, ASL di varie Regioni italiane ed Associazioni private che operano nel campo del disagio richiedono interventi formativi.

Al fine di consolidare la rete dei Servizi, favorendo scambi sul piano culturale ed operativo, gli Operatori della Pronta Assistenza hanno promosso la costituzione, su base regionale del "Coordinamento di Servizi di Bassa Soglia", che comprende, oltre ai servizi analoghi di diverse ASL, anche Associazioni e Cooperative che gestiscono servizi di mensa, dormitorio, bagni pubblici e rappresentanti del Settore Adulti in Difficoltà del Comune di Torino.

Il Coordinamento è attivo con riunioni periodiche, attività di valutazione degli interventi e rielaborazione dei dati, sviluppo di progettazione comune.

Drop-In: numero di passaggi al Servizio

	Anno 1998	Anno 1999	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004 (apertura ridotta)
Totale	9.677	19.210	27.766	40.657	49.250	67.611	56.228
Media giornaliera	35,5	70,6	88,6	111,3	135,67	185,24	178

Drop-In: numero di clienti "nuovi"

Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
243	256	267	222

Pronta Assistenza Sanitaria: numero di prestazioni erogate

Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
3.906	6.960	9.294	11.774

Direttivo nazionale di FeDerSerD

Milano, 17 marzo 2005

Presenti 17 membri su 20 del direttivo, e il Presidente regionale Campania

Assenti giustificati: Norberto Pentiricci, Roberto Cataldini e Luciana Bacci

Presiede Alessandro Coacci, verbalizza Alfio Lucchini

Premesse

– La riunione ha inizio con la proposta del presidente del Collegio nazionale di Garanzia Bernardo Grande sulle procedure per la approvazione dei verbali del direttivo e la sottoscrizione da parte dei partecipanti. Alfio Lucchini manderà il verbale via mail a tutti i membri per la successiva ratifica. Sulla rivista apparirà una sintesi ragionata per le ragioni di trasparenza che caratterizzano la nostra Federazione.

– Si discute sull'intervento del presidente Coacci nel congresso con la indizione dello stato di agitazione. Si valuta il significato di questa scelta. Si legge il testo del comunicato stampa. Si tratta di un atto politico di forte avvertimento alle Istituzioni. Si decide ampia diffusione e sottoscrizione locale del testo. Si prende atto anche del comunicato stampa del Dipartimento Nazionale Antidroga sul congresso di Milano.

– Segue una breve discussione sulle proposte di legge governativa in discussione in commissione e sulla tempistica degli emendamenti.

ODG:

1. Nomina del Comitato Scientifico Nazionale

Si eleggono i professionisti già indicati. Ulteriori proposte formulate dai consiglieri (Edoardo Polidori e Roberta Balestra) saranno valutate con il coordinamento del comitato scientifico nazionale. Si decide che le commissioni nazionali vengano rivalutate dal comitato scientifico e proposte al direttivo.

2. Nomina del Collegio dei Revisori dei Conti

Nominati: Elisabetta Renga, di Roma, presidente; Filomena Spagnolo, di Caserta; Giovanni Checcacci, di Follonica, membri effettivi. Membri supplenti: Ferdinando Cesarini, di Roma; Giuseppe Raito, di Grosseto; Paola Fasciani, di Chieti.

3. Nomina componenti del Collegio Nazionale di Garanzia

Si decide dopo ampia discussione di rinviare le nomine. Si valuta invece di completare l'art. 7 dello statuto nazionale estendendo "anche per le articolazioni regionali" i compiti del collegio nazionale di garanzia. Inoltre si decide di approfondire altri compiti da assegnare al collegio.

4. Calendario delle iniziative di formazione della Federazione

Alfio Lucchini illustra tutte le iniziative e la situazione economica. Richiama i consiglieri alla attenzione alle regole generali, alla attenta analisi dei costi in relazione alle risorse.

5. Documento Politico Programmatico di FeDerSerD per il triennio 2005-2007

Si tratta di adempiere a quanto deciso a Montecatini in Direttivo il 9 novembre 2004.

In merito al punto all'odg introduce il consigliere Antonio d'Amore, incaricato di raccogliere le proposte di indice del

documento per il direttivo. Raffaele Lovaste richiama la necessità di iniziare a definire ad esempio "cosa sia e debba fare un Ser.T." e propone di non allargare troppo gli obiettivi e propone un suo contributo. Edoardo Polidori propone di inserire tra i temi, oltre a quelli analizzati su Mission, un approfondimento sulle terapie, le CT e la realtà dei consumatori.

Viene nominata una commissione composta da: Raffaele Lovaste, Roberta Balestra, Donato Donnoli, Edoardo Polidori e Maurizio Fea (coordinatore inter pares).

6. Proposta di commissione nazionale psicoterapia

Relaziona Emanuele Bignamini sui primi passi compiuti. Si discute su come costituire la commissione, e si decide di incaricare il Comitato Scientifico Nazionale, in raccordo con Emanuele Bignamini, a presentare la proposta. Ezio Manzato propone di lavorare sulle competenze della commissione, sulle tipologie di psicoterapie. Propone di preparare una griglia e inviarla ai membri del direttivo. In merito al budget del gruppo di lavoro, Alfio Lucchini si impegna a relazionare non garantendo fondi allo stato attuale.

7. Conferenza nazionale TU 309/90: ruolo di FeDerSerD

Alfio Lucchini illustra l'iter fin qui noto per la preparazione della Conferenza.

Viene definito e ribadito il ruolo della Federazione. Bernardo Grande si sofferma sulla rappresentatività della Consulta, Raffaele Lovaste ritiene che i membri iscritti a FeDerSerD nella Consulta debbano seguire gli indirizzi della Federazione comprese eventuali decisioni che si assumeranno.

Edoardo Polidori propone di sviluppare l'alleanza con CNCA e FICT. Roberta Balestra richiama alla attenzione ad ogni passaggio futuro. Ezio Manzato invita alla partecipazione nel miglior modo e livello possibile. Claudio Leonardi richiama la rilevanza della nostra presenza. Donato Donnoli e Francesco Santangelo ricordano di commisurare le linee e il coinvolgimento della Federazione con il dettato normativo che prevede le nomine a livello individuale.

Si conclude con la piena adesione del direttivo all'attuale ruolo e modus operandi degli esponenti della Federazione nel percorso verso la Conferenza Nazionale.

8. Analisi sul possibile ruolo della Federazione al Tavolo Stato Regioni

Si decide di esercitare una pressione organizzata e di scrivere alle Regioni, tenendo conto anche del prossimo rinnovo di molte amministrazioni regionali.

9. Nuova sede nazionale e legale della Federazione

Il Presidente Alessandro Coacci riferisce la conclusione delle procedure per l'affitto della sede in viale Matteotti n. 72, sempre a Grosseto. La sede è operativa. Il segretario esecutivo Alfio Lucchini segnala la inclusione nel nuovo statuto definitivo dell'indirizzo corretto.

Tutte le decisioni sono state assunte alla unanimità. Il prossimo direttivo è convocato a Roma durante il congresso di giugno.

Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD

Torino, 28 aprile 2005

Presenti: Alessandro Coacci, Guido Faillace, Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio

Assente giustificato: Antonio d'Amore

Invitato per relazionare sul punto n. 1 all'ODG: Maurizio Fea
 Presiede Alessandro Coacci, verbalizza Alfio Lucchini

ODG:

1. Progetto "Knowledge to develop"

Maurizio Fea illustra lo stato dell'arte del progetto di visita negli USA di una delegazione di FeDerSerD per conoscere la realtà statunitense, i servizi per le dipendenze, l'intervento sui poliabuser e i cocainomani, gli aspetti istituzionali e organizzativi.

Il progetto prevede 8 giorni di lavoro, in ottobre, in varie città e istituzioni, quali il NIDA.

La delegazione proposta al direttivo nazionale è composta dai 5 membri dell'Ufficio di Presidenza, i 3 coordinatori del Comitato Scientifico Nazionale e da Maurizio Fea che sta curando lo sviluppo del progetto. Sono state definite le modalità per il finanziamento della iniziativa e i contatti per allargare a soggetti istituzionali la delegazione.

2. Analisi della situazione istituzionale e politica

Il dibattito verte sugli elementi da discutere nella riunione di giugno a Roma del direttivo nazionale sia rispetto alle recenti prese di posizione della Federazione (stato di agitazione, comunicati stampa) sia sullo stato di elaborazione del documento politico-programmatico deciso nell'ultima riunione del direttivo nazionale a Milano. Viene definito il pacchetto di presentazione della Federazione alle amministrazioni regionali recentemente varate.

3. Conferenza nazionale DPR 309/90 prevista a Pescara

Viene proposta una analisi puntuale della situazione. I lavori della Consulta proseguono con la costituzione dei gruppi di lavoro sulle quattro macroaree tematiche proposte. La presenza della Federazione può essere riassunta con il dovuto spirito di servizio istituzionale, unito alla necessità di evidenziare le necessità, le potenzialità e i risultati raggiunti dal sistema di intervento italiano.

La trasparenza dei dirigenti della Federazione nelle proposte e nell'agire sarà accompagnata da una puntuale informativa sul sito web e sulla rivista Mission.

4. Statuto Nazionale approvato al Congresso di Firenze

Approvata l'ultima stesura dello statuto con alcune revisioni di ordine lessicale e di fluidità dello scritto.

5. Progetto "Azienda Notte"

L'Equal promosso da Comune di Varese con numerosi partner tra cui Consorzio NOVA, CNCA, SILB, Università di Firenze, Arezzo Wave, CNDD, è giunto alla sottoscrizione del progetto.

Il presidente Alessandro Coacci ha provveduto in tal senso recentemente.

La poliedricità del progetto vede la nostra Federazione impegnata in alcune azioni di carattere di ricerca, formazione, promozione e coordinamento territoriale.

Si nomina il collega Edoardo Polidori come coordinatore per la Federazione del progetto, considerate le competenze acquisite.

L'Ufficio di Presidenza seguirà gli aspetti amministrativi del progetto e coordinerà le iniziative decentrate.

6. Richiesta di adesione di professionisti della Regione Sardegna

Un folto gruppo di professionisti dei Ser.T. della Sardegna, di tutte le province sarde, ha fatto richiesta di iscrizione a FeDerSerD, manifestando anche l'intenzione di costituire la Federazione Regionale.

Le iscrizioni sono pluridisciplinari, la consistenza e qualità della richiesta sono valutati positivamente dall'Ufficio di Presidenza; si decide che Presidente e Segretario esecutivo incontrino in Sardegna i colleghi per ogni dovuto accordo e predisposizione di atti per il direttivo nazionale.

7. Varie

- Si approva lo spostamento nel 2006 del corso ISTUD previsto per ottobre 2005.

- Si approva la composizione degli invitati al Congresso della Federazione Laziale del giugno 2005.

- Si approva la necessità di definire celermente le date dei congressi tematici nazionali del 2006 Pescara - "Prevenzione" e Sanremo "Alcologia" e il luogo e la data del III Congresso nazionale del 2007.



Sede legale: V.le Matteotti 72, 58100 Grosseto

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale designato

- Alessandro Coacci (Presidente),
- Guido Faillace (Vicepresidente),
- Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),
- Luciana Bacci (Tesoriere),
- Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
- Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
- Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
- Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,
- Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
- Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,
- Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

- Claudio Leonardi (coordinatore),
- Ezio Manzato (coordinatore),
- Giorgio Serio (coordinatore),
- Gilberto Gerra, Fabio Mariani, Pier Paolo Pani,
- Antonio Mosti, Felice Nava, Vincenzo Marino,
- Roberto Calabria, Clara Baldassarre, Michele Ferdico

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 45,00 per i laureati e a € 25,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - **CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

Alla scheda di iscrizione, da inviare per fax allo 031751525, il richiedente dovrà allegare il proprio "Curriculum Vitae" datato e firmato. Il Presidente procederà al rilascio della Tessera, che darà testimonianza dell'accoglimento dell'istanza di iscrizione all'associazione in qualità di Socio Ordinario.

ANNO 2005 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ REGIONE _____
 PROFESSIONE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL _____
Chiedo: di essere iscritto in qualità di "Socio Ordinario" alla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
 _____ li ____ / ____ /2005 Firma _____
 Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)
 Estremi ricevuta versamento _____
 Parere del Segretario Esecutivo Favorevole Sfavorevole Firma _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano
 In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.